Koob.ru



В.М. Блейхер И.В. Крук

Патопсихологическая диагностика

Киев

«Здоров'я» 1986

56.14 Б68
УДК 616.89—071
Патопсихологическая диагностика/Блейхер В. М., Крук И. В.— К.: Здоров'я, 1986—280 с.

В пособии излагаются основные принципы и методические приемы патопсихологии. Приводятся сведения о наиболее часто употребляемых методиках патопсихологического исследования памяти, внимания, сенсомоторики, уровня и особенностей протекания мыслительных процессов, личностных свойств больного. В разделе, посвященном вопросам патопсихологической семиотики, дается характеристика данных, получаемых при обследовании больных шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, эпилепсией, олигофренией, старческим слабоумием, пресенильными деменциями, церебральным атеросклерозом, алкоголизмом, с последствиями черепно-мозговой травмы, пограничными нервно-психическими расстройствами, психическими заболеваниями детского и подросткового возраста. Обсуждаются вопросы валидности патопсихологических методик в нозологической психиатрической диагностике. Для психиатров и патопсиходогов. Ил. 32. Библиогр,: с. 272—276. Рецензенты проф. Б. Д. Карвасарский д-р мед. наук И. А. Кудрявцев 4118000000-021 М209(04)-86
Издательство «Здоров'я», 1986

I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

ПАТОПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Патопсихология является разделом медицинской психологии — науки, возникшей на стыке медицины и психологии.

Медицинская психология относится к междисциплинарной, пограничной области

исследований. Она исходит из психологических теорий и разработанных на их основе психологических методов, основная роль которых состоит в решении научных и практических проблем, актуальных для медицины.

О значении психологии для медицины, в частности для изучения деятельности головного мозга при различных заболеваниях, писали И. М. Сеченов и И. П. Павлов.

Е. В. Шорохова (1978) подчеркивает, что медицина так же нуждается в данных прикладной психологии, равно как и теорию психологии обогащает медицинская практика. Общая теория медицины неразрывно связана с общими психологическими концепциями. Советской медицине и психологии присущи общие методологические принципы диалектического и исторического материализма. Присущи им и общие проблемы, выходящие за пределы сугубо медицинской проблематики—это соотношение биологического и социального в деятельности человека, связь между психикой и деятельностью мозга, психосоматические и соматопсихические корреляции, проблемы нормы и патологии, соотношения между сознанием и неосознаваемыми формами психической деятельности.

Б. Д, Карвасарский (1982) в естественном стремлении медицинской психологии

распространить психологические знания на возможно большее число аспектов медицины и здравоохранения видит признание возрастающей роли психологии для медицины, прогрессивный и перспективный пути развития медицинской психологии.

Таким образом, медицинская психология—прикладная наука, развитие которой определяется следующими целями (М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев, 1966; М. М. Кабанов, Б. Д. Карвасарский, 1978; Б. Д. Карвасарский, 1982): изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение; изучение влияния тех или иных болезней на психику; изучение различных проявлений психики в их динамике; изучение нарушений развития психики; изучение характера отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей его микросредой; разработка принципов и методов психологического исследования в клинике; создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях.

Медицинская психология одновременно выступает в роли психологической и медицинской науки (В. М. Банщиков, 1978; В. Милев, К. Мечев, 1981; Б. Д. Карвасарский, 1982). В соответствии с разрешаемыми ею проблемами и стоящими перед ней задачами медицинская психология является медицинской наукой, а в соответствии с теоретическими предпосылками и методами исследования она должна быть отнесена к психологии.

Сущность клинической психологии по-разному определяют в различных странах, нередко при этом не имеют единого мнения и психологи, работающие в одной стране.

М. С. Роговин (1969) приводит характеристику клинической психологии, используя классификационную схему американского библиографического журнала «Psychological Abstracts», согласно которой объем клинической психологии соответствует содержанию понятия медицинской психологии (разумеется, с учетом господствующих в американской психологии теоретических концепций). Но даже в американской литературе A. Lewincki (1974) отмечает три различных точки зрения на предмет клинической психологии. Первая характеризуется тем, что сводит клиническую психологию к изучению психических расстройств, возникающих в связи с тем или иным заболеванием; соответственно второй, клиническая психология понимается как идеографическая психологическая дисциплина, занимающаяся изучением психических проявлений личности (сюда включаются профессиональные консультации, консультирование студентов колледжей, исследование руководящего персонала предприятий); с третьей точки зрения, клиническая психология рассматривается как область прикладной психологии, изучающая с помощью измерительных приемов, анализа и наблюдения понимаемые в бихевиористском аспекте способности и свойства личности и направленная на разработку способов устранения дезадаптированного поведения. Такое понимание клинической психологии было подвергнуто справедливой критике Ю. Ф. Поляковым (1977), отметившим при этом и коренное отличие американской психологии от советской, характеризующееся спецификой присущих первой психологических методик, направленных главным образом на констатацию тех или иных психических «способностей» или свойств личности (психометрические тесты, прожективные и анкетные методики, личностные опросники).

Понятно, что слепое перенесение понятия клинической психологии в том виде, как оно было характеризовано выше, в советскую психологию невозможно. В то же время понятие клинической психологии может оказаться целесообразным при правильном к нему методологическом подходе, так как оно способствует известному сужению очень широкого круга задач медицинской психологии. Это обстоятельство было отмечено В. Ивановым (1971, 1976), В. М. Блейхером (1976), В. М. Банщиковым (1978).

Можно думать, что отношение клинической психологии к медицинской такое же, как отношение клиники к медицине вообще.

При таком подходе под клинической психологией можно понимать область медицинской психологии, прикладное значение которой определяется потребностями клиники —

психиатрической, неврологической, соматической. Эту точку зрения разделяет В. Иванов (1971), рассматривая клиническую психологию как часть медицинской, ставящую перед собой более непосредственные диагностические задачи, и различая такие составные разделы клинической психологии, как патопсихология, нейропсихология, сома-топсихология.

Разделение клинической психологии на пато-, нейро- и сома-топсихологию в значительной мере условно. Их значительно сближает использование в каждой из перечисленных областей методов исследования, разработанных в другой, а также наличие пограничной патологии, являющейся предметом изучения нескольких наук.

Понятие патопсихологии иногда без оснований идентифицируется с понятием психопатологии, хотя они вовсе не тождественны, несмотря на их внешнее сходство и единство образующих эти слова корней. Патопсихология, по определению Б. В. Зейгарник (1969), исследует структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой, при этом она дает квалификацию психопатологических явлений в понятиях современной психологии. Психопатология является наукой сугубо медицинской, разделом психиатрии, она оперирует главным образом клиническими понятиями. Психопатология, т.е. общая психиатрия, занимается описанием признаков психического заболевания в динамике, в течении болезни. А. В. Снежневский (1970) видит основное отличие психопатологии от психологии в том, что первая оперирует понятиями медицинскими (этиология, патогенез, симптом, синдром) и использует общепатологические критерии (возникновение болезни, исход болезни). Однако следует заметить, что патопсихология также использует эти клинические критерии, так как без постоянного соотнесения с ними она бы утратила свое практическое, прикладное значение. Данные патопсихологического исследования в обязательном порядке должны соотноситься с психическим статусом больного, со стадией течения заболевания, с его динамикой. О. П. Росин (1974) считает, что патопсихология так же, как и психопатология, изучает закономерности и стереотип развития психической болезни, но предметом ее исследования является не закономерность смены симптомов и синдромов, а определенное звено в структуре симптомообразования, т.е. то, что предшествует психопатологическим образованиям в патогенезе болезни. Патопсихология — необходимое звено в общей патологии психического.

Психопатология, так же, как патопсихология, является наукой, изучающей расстройства психики, но пользуются они при этом разными методами. Если патопсихология изучает психические расстройства методами психологии, то психопатология в основном прибегает к методу клинико-описательн'ому. Поводом для утверждений о том, что психопатология и патопсихология являются одной и той же наукой, иногда, очевидно, служит то обстоятельство, что и патопсихология, и психопатология имеют дело с одним и тем же объектом, нарушениями психической деятельности.

Однако, изучая одни и те же проявления психической патологии, например разорванность мышления или резонерство, патопсихологи исследуют их психологическую структуру, а психопатологи дают клиническое описание этих признаков, прослеживают особенности их возникновения и связь с другими наблюдаемыми в клинике расстройствами мышления.

ОСОБЕННОСТИ И ЗАДАЧИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Патопсихологический эксперимент существенно отличается от других видов эксперимента, применяемых в медицине, например в физиологии, биохимии, микробиологии. Патопсихологический эксперимент, как и любой другой тип психологического эксперимента,— это искусственное создание условий, выявляющих те или иные особенности психической деятельности человека в ее патологии (поскольку речь идет о патопсихологии). Для такого эксперимента характерно вызывание психических процессов в строго определенных условиях,

учитываемых исследователем, и возможность изменения течения этих процессов по заранее намеченному плану.

Б. В. Зейгарник (1969) приравнивает патопсихологический эксперимент к широко используемым в соматической медицине функциональным пробам, с помощью которых врачи обычно определяют состояние функции того или иного внутреннего органа. Роль специфической «нагрузки» в патопсихологическом эксперименте принадлежит экспериментальным заданиям, выполнение которых требует актуализации умственных операций, обычно используемых человеком в своей жизнедеятельности. Таким образом, психическая деятельность больного исследуется в связи с ситуацией эксперимента.

Наряду с общими чертами, присущими патопсихологическому эксперименту и экспериментально-психологическому исследованию психически здоровых, между ними имеются и существенные различия.

Основное различие обусловлено тем, что патопсихолог обследует пациента, страдающего психическим заболеванием. Это значительно сказывается на технике проведения эксперимента, его продолжительности, необходимости учета отношения обследуемого к ситуации эксперимента. В ряде случаев экспериментатор в ходе опыта, в связи с выявляющимися при этом особенностями поведения больного, вынужден существенно изменять свою тактику, вводить другие, не предполагавшиеся раньше, методики и т. п.

(1966) в качестве основного принципа любого психологического эксперимента выделяет необходимость проверки существования связи между рядами факторов. При этом фактор, изменяемый экспериментатором, называется независимой переменной, фактор, изменяющийся под влиянием независимой переменной, называется зависимой переменной, соответственно различает два вида психологического эксперимента: спровоцированный эксперимент и эксперимент, на который ссылаются. Наиболее часто психологи пользуются спровоцированным экспериментом, который, по мнению P. Fraisse , является самым классическим — экспериментатор воздействует на независимую переменную и наблюдает вызванные его вмешательством результаты.

Об эксперименте, на который ссылаются, говорят в тех случаях, когда изменение независимой переменной происходит вне какой-либо связи с деятельностью экспериментатора. Типичным примером эксперимента, на который ссылаются, является наблюдение за проявляющимися нарушениями психической деятельности при повреждении мозга или психических заболеваниях. Своеобразие этих случаев заключается в том, что в отличие от обычного, спровоцированного, эксперимента, при них экспериментатор получает возможность наблюдать серьезные и нередко необратимые изменения независимой переменной.

Патопсихологический эксперимент в большинстве случаев — это одновременно спровоцированный эксперимент и эксперимент, на который ссылаются.

Наличие в психологическом эксперименте элементов спровоцированного эксперимента и эксперимента, на который ссылаются, объясняет сложную взаимосвязь множества факторов, которые должен учитывать патопсихолог при обобщении материалов исследования. С. *Я.* Рубинштейн (1965) видит три способа видоизменения условий, влияющих на психическое состояние обследуемого и уменьшающих либо увеличивающих присущие больному психологические изменения. Первый способ заключается в изменении ситуации, в которую на время опыта помещается больной. Второй, наиболее часто применяемый способ заключается в специальном варьировании деятельности больного. Третий способ отличается от предыдущих тем, что изменение состояния психических процессов у больного достигается введением определенных фармакологических препаратов.

Это разделение способов воздействия на психическую деятельность больного в патопсихологическом эксперименте необходимо учитывать для соблюдения «чистоты» преследующего определенные цели опыта. В то же время в обычно проводимых

патопсихологических исследованиях могут наблюдаться элементы перечисленных трех способов воздействия на независимую переменную. Так, можно исследовать состояние внимания у больного в абсолютной тишине либо в обстановке специально воспроизводимых шумов. Сопоставление результатов снабдит исследующего более полной и разносторонней характеристикой функции внимания у обследуемого. Исследование памяти по методу заучивания десяти слов можно сочетать с введением стимулирующих и тормозящих деятельность коры большого мозга препаратов (брома, кофеина).

Патопсихолог должен, насколько это возможно, представлять отношение обследуемого к ситуации исследования, цели и мотивы его деятельности в процессе выполнения экспериментальных заданий и постоянно сопоставлять с ними получаемые при исследовании результаты. При этом патопсихолог не должен забывать, что в зависимости от цели исследования мотивы, которыми руководствуются исследующий и исследуемый, далеко не всегда совпадают, особенно при экспертной направленности исследования.

В психиатрической клинике патопсихологическое исследование преследует следующие задачи.

1. Получение данных для диагностики. Данные эти носят вспомогательный характер и их ценность обнаруживается при сопоставлении с результатами клинического наблюдения и в ряде случаев с результатами других лабораторных исследований (например, электроэнцефалографии).

Понятно, что патопсихолог не может ставить перед собой задачу нозологической диагностики в каждом отдельном случае в связи с получаемыми им данными психологического исследования. Нозологический диагноз — это задача клинициста-психиатра, который для решения ее как раз и должен правильно оценивать результаты патопсихологического исследования. В то же время патопсихолог должен помнить о том, что конечная цель комплексного обследования, в котором он принимает участие,— это постановка диагноза, и об'наруже'нные им особенности психической деятельности больного именно в эта,м отношении представляют особый интерес (если, конечно, исследование с самого начала не преследует другие цели, о которых речь идет дальше).

Нередко патопсихологическое исследование способствует раннему выявлению симптомов психического заболевания и устанавливает их своеобразие. Так, при клинической картине заболевания внешне иногда оформляющейся по неврозоподобному типу, патопсихолог при специальном исследовании находит характерные для шизофрении расстройства мышления и эмоциональности. Этим облегчается ранняя диагностика атипично дебютирующего шизофренического процесса и появляется возможность своевременного начала активной терапии. Или же при начальных признаках мозгового органического заболевания патопсихолог иногда обнаруживает изменения психических процессов, позволяющие рано дифференцировать сосудистую, опухолевую или атрофическую природу заболевания. Нередко потребность в уточнении структуры психического дефекта представляется весьма существенной и при большой давности болезни, когда врачу мало известна симптоматика, которой манифестировал психоз. Так, психиатры сталкиваются с психопатоподобными состояниями, при которых оказывается трудной дифференциальная диагностика между психопатией и психопатоподобными изменениями личности после шизофрении или нейроинфекции. В этих случаях обнаружение при исследовании личностных изменений и патологии мышления по шизофреническому типу или же изменений памяти, явлений повышенной истощаемости, нарушений подвижности психических процессов, присущих органическим поражениям головного мозга, значительно облегчает решение клинико-диагностической задачи.

2. Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией. Многократно проводимые в процессе лечения патопсихологические исследования могут быть объективным показателем влияния терапии на течение болезни, свидетельствуют об

эффективности проводимого лечения, а также характеризуют особенности наступления ремиссий и структуры формирующегося при этом психического дефекта, если речь идет о процессуальном заболевании. Другими словами, при этом изучаются особенности воздействия лечебного средства на психоз. Здесь можно выделить два фактора, важных для дальнейшей врачебной тактики: первый— роль структуры психического дефекта в построении последующих реабилитационных мероприятий, второй — известное прогностическое значение определяемого при исследовании состояния психической деятельности больного в связи с лечением.

3. Участие в экспертной работе. Психологические исследования имеют важное значение в проведении судебно-психиатрической экспертизы. Психолог при этом не только предоставляет данные, облегчающие решение диагностических вопросов, но и объективно устанавливает степень выраженности психического дефекта. В судебно-психиатрической практике важно не только установить наличие ослабоумливающего процесса, но и определить степень выраженности слабоумия. Именно выраженностью слабоумия в ряде случаев определяется выносимое экспертное суждение. Например, .мало диагностировать эпилепсию; следует, если правонарушение совершено не во время припадка или эквивалента, обязательно установить выраженность психического дефекта, глубины эпилептического слабоумия. То же самое относится и к олигофрении — экспертное заключение не ограничивается, например, констатацией дебильности, но уточняет и степень ее выраженности.

При проведении судебной экспертизы роль психолога не ограничивается вопросами нозологической диагностики и определения степени выраженности психического дефекта. В последнее время психологи все чаще участвуют в проведении комплексных судебно-психологических экспертиз. Судебные психиатры отвечают на вопрос о наличии психического заболевания у испытуемого и о выраженности психического дефекта. Основные задачи психологов полно сформулированы М. М. Коченовым (1980). В рамках психолого-психиатрической экспертизы психиатр дает синдромально-нозологическую характеристику имеющейся патологии, психолог—структурно-динамический анализ личности обследуемого. Это особенно важно в случаях обнаружения нерезко выраженных форм психических отклонений.

Особенно возрастает роль психолога при отсутствии у обследуемого психического заболевания. Понимание характера совершенного преступления невозможно в этих случаях без исследования структуры мотивов и потребностей, присущей испытуемому системы отношений, установок, ценностных ориентации, без раскрытия внутренней психологической структуры личности. Психологическая экспертиза производится не только для оценки личностных свойств обвиняемого, но нередко объектами ее становятся потерпевшие и свидетели, так как получаемые психологом данные способствуют адекватной оценке их показаний, помогают судить об их достоверности.

Психологическая экспертиза особенно часто производится по делам, в которых фигурируют несовершеннолетние. При этом определяется уровень их познавательной деятельности и характер присущих им индивидуально-личностных особенностей. Лишь при такой суммарной оценке можно судить о способности обследуемого сознавать противоправность своих действий и руководить ими.

В рамках психолого-психиатрической экспертизы часто решается вопрос о наличии у обвиняемого какого-либо патологического аффективного состояния, а также других состояний, повлиявших на него в момент совершения преступления (переутомление, страх, горе).

Важное значение имеют установление возможности возникновения в определенной ситуации таких состояний, как растерянность, потеря ориентировки, и экспертная оценка их влияния на качество выполнения обследуемым его профессиональной деятельности.

При проведении посмертной экспертизы в тех случаях, когда психиатры не находят оснований для диагностики психического заболевания, психологи, анализируя особенности

личности погибшего, помогают уяснить мотивы, которыми он руководствовался при совершении тех или иных поступков , в том числе и мотивы совершения суицида.

Исключительно важна роль психологического исследования при решении вопросов военной экспертизы — речь идет о диагностике нерезко выраженных форм олигофрении, стертых проявлений шизофрении (особенно ее простой формы), психопатий, неврозов, резидуально-органических поражений головного мозга.

В трудовой экспертизе клинический психолог не только обнаруживает признаки заболевания, но и показывает, как далеко оно зашло, насколько снижена трудоспособность обследуемого, имеются ли сохранные элементы в его психике, которые могли бы быть использованы для стимулирования механизмов компенсации психического дефекта.

В детской психиатрии психологические исследования необходимы для решения вопроса о том, где следует учиться ребенку — в массовой или специальной школе. Этот вопрос должен безошибочно решаться специальными медико-педагогическими комиссиями. Так. помещение ребенка с дебильностью в массовую школу не только отрицательно сказывается на построении педагогического процесса, но нередко приводит и к невротическим реакциям неправильно направленного на учебу ребенка, видящего свою несостоятельность при сравнении со здоровыми детьми. Еще больше травмирует психику ребенка ситуация, когда, ошибочно расценив явления педагогический запущенности, комиссия направляет его на учебу в школу для умственно отсталых, хотя в действительности у него не наблюдается умственного недоразвития.

4. Участие в реабилитационной работе. *Современная психиатрия особое значение придает работе по реабилитации и ресоциализации больных. Психиатр не ограничивается проведением активной терапии и назначением больному шизофренией поддерживающих доз лекарственных средств, но должен позаботиться и о восстановлении больным его положения в обществе — в семье, на производстве.

От правильно построенных реабилитационных мероприятий зависит профилактика инвалидизации. Это относится не только к шизофрении или органическим процессам. Практика показывает, как часто отсутствие реабилитационной работы с больными неврозами приводит их к тяжелейшей патологии развития личности, лишающей этих больных трудоспособности и значительно хуже поддающейся лечению.

---

*Реабилитационный аспект деятельности клинического психолога исчерпывающе представлен в монографиях: М. М. Кабанов. Реабилитация психически больных—2-е изд.—Л.: Медицина, 1985.—216 с; Клинические и организационные основы реабилитации психических больных /Под ред. М. М. Кабанова, К. Вайзе—М.: Медицина, 1980.—400 с.

Реабилитационная работа должна учитывать не только изменения, привнесенные в психику заболев'"A! "○ " оставшиеся сохранными элементы &"A10ционально-ли-AA"○" жизни и интеллектуальной деятельности. Ре&:.чбилита1" "Aя работа может быть эффективной лишь при индивидуализированном подходе к больному. В связи с этим приобретает большое значение клинико-психологи-ческое исследование. При этом изучаются не только особенности мышления больного или степень сохранности его памяти. Исключительно важно дать характеристику личностных свойств больного. Личность больного изучается как в медико-психологическом, так и в социальном аспектах. При этом большую роль играют данные о психологической совместимости больного с окружающими, нередко определяющие его правильное трудоустройство.

Психолог должен изучить «социальный климат», окружающий больного после выписки домой, в лечебных группах, на производстве. В соответствии с полученными данными строится психокор-рекционная .и психотерапевтическая работа.

Реабилитационная работа не должна ограничиваться формальным составлением рекомендаций применительно к характеру и давности заболевания. Она всегда должна быть индивидуализированной и проводиться в постоянном контакте с врачами-психиатрами. Реабилитационная работа психолога может быть результативной лишь при достаточной насыщенности лечебного учреждения кадрами психологов, так как она трудоемка и должна проводиться систематически, а не в промежутках между двумя психологическими исследованиями. Реабилитационная работа не должна проводиться в ущерб диагностической и экспертной работе клинического психолога.

5. Исследование недостаточно изученных психических заболеваний. Патопсихологические исследования проводятся с научной целью для анализа еще недостаточно изученных психопатологических проявлений тех или иных психических заболеваний. При такой по-стаяовке задачи, как правило, проводится исследование больших групп больных, подбираемых по наличию у них изучаемых психопатологических симптомов. Здесь особую роль приобретает статистическая достоверность получаемых данных. В этом состоит одно из отличий такого рода исследований от исследований, преследующих цели дифференциальной диагностики и экспертизы, где речь идет об обследовании отдельных больных и достоверность результатов достигается другими способами, например, употреблением сходных по направленности экспериментальных методик.

Если при исследовании, направленном на решение вопросов кли-нико-практического характера, патопсихолог стремится получить общую и сугубо индивидуальную характеристику протекания психических процессов у конкретного больного, то при направленности исследования на решение теоретических вопросов психолог выделя-10-
ет и ставит в центре своего внимания какой-либо один процесс, изучаемый им в специально созданных условиях.

При научно-исследовательской направленности патопсихологи-ческого эксперимента особенно важное значение приобретает соблюдение динамического принципа, т. е. учета динамики психопатологических симптомообразований в связи с течением болезни (В. М. Блейхер, 1976). Изучение психологической структуры того или иного психопатологического синдрома оказывается более успешным при учете стадии заболевания и сопоставлении патопсихологических данных, соответствующих различным стадиям болезни, например, в дебюте ее, в стадии максимальной выраженности клинических проявлений и при нарастании психического дефекта.

6. Участие в психотерапии. Здесь, как и в проведении реабили-тационных мероприятий, психолог должен работать под руководством врача-психиатра, психотерапевта и выполнять поставленные им задачи как психодиагностического, так и социально-психологического характера. Естественно, что такая деятельность требует обучения психологов психотерапии. М. И. Буянов и А. И. Захаров (1983) даже ставят вопрос о профилизации студентов-психологов по психодиагностике и клинической психологии, понимая под последней клинически ориентированную социально-психологическую работу.

Применительно к психотерапии можно выделить специфические задачи патопсихологического исследования.

Это, во-первых, участие патопсихолога в диагностике психического заболевания, так как от решения этих вопросов зависит объем показаний к психотерапии и выбор ее наиболее адекватных "форм и места проведения (в стационаре или амбулаторно).

Во-вторых, патопсихологическое исследование способствует обнаружению таких личностных свойств больного, на которые в последующей психотерапевтической работе следует обратить особое внимание.

С этой целью используются психологические личностные методики достаточно широкого диапазона, основанные как на характеристике личности в процессе деятельности, так и на

самооценке, а также проективные. Сочетание психологических методик, характеризующихся различным подходом, позволяет получить наиболее полное представление о личности больного. При этом должны учитываться не только измененные болезнью личностные свойства, но и сохранные компоненты личностной деятельности, на которую в первую очередь должна быть направлена психотерапевтическая работа.

Далее, психологический эксперимент способствует налаживанию продуктивного контакта с больными, так как дает психотерапевту представление об его интеллектуальном уровне и интересах. Исследование особенностей протекания процессов обобщения и отвлечения позволяет в эксперименте определить их уровень, а также такие важные для психотерапевта свойства интеллекта больного, как широта, глубина, самостоятельность, живость, гибкость. В патологии этим свойствам интеллекта противостоят узость кругозора, поверхностность суждений, чрезмерная конформность, торпидность мышления.

Характеристика интеллектуальной деятельности во многом определяет систему построения психотерапевтических мероприятий.

Исследования В. А. Ташлыкова (1976, 1978, 1979, 1984) показали важное значение для эффективности психотерапии изучения таких характеристик больного и врача, которые отражают особенности их персональных взаимоотношений, степень их психологической совместимости. Знание врачом этих факторов позволяет ему уже в начале лечения в известной мере точно прогнозировать особенности эмоционального реагирования больного на ситуацию и характер психотерапевтического воздействия, добиться продуктивного лечебного контакта, гибко строить психотерапевтическую тактику на различных этапах лечебного процесса.

Психологический эксперимент может играть определенную роль в выборе методик психотерапии. Тут могут оказаться полезными установленные при исследовании особенности личности и уровень интеллектуальной деятельности больного, характеристика таких его свойств, как конформность, внушаемость (при этом следует различать собственно внушаемость и прочность ретенции внушения). Внушаемость не является признаком, константным для данной личности. Она меняется в различные периоды у одного и того же человека и зависит от его возраста, особенностей жизненной ситуации, оказывается неодинаковой в общении с разными людьми, т.е. зависит от конформности по отношению к определенным людям или категории людей. Внушаемость, что особенно важно, оказывается различной на разных этапах течения болезни — в ряде случаев она уменьшается при хроническом течении неврозов и аффективно-личностных реакций на соматическую болезнь в связи с безуспешным прежде лечением.

Это обстоятельство подчеркивает значение ранних сроков проведения психотерапии, что послужило основанием выдвижения принципа «неотложной психотерапии» (Л. И. Завилянская, 1966) или «скорой психотерапевтической помощи» (М. С. Лебединский, 1971).

В ряде случаев патопсихологический эксперимент вводится в структуру психотерапевтического процесса и используется для объективного подтверждения выдвигаемых психотерапевтом положений. В этих случаях можно говорить о специальной методике психотерапевтически направленного психологического эксперимента (В. М. Блейхер, Л. И. Завилянская, 1966, 1970). Задача психолога заключается в том, чтобы показать больному известную сохранность у него психических функций, которые пациент считает грубо нарушенными, подчеркнуть наличие ресурсов для противостояния болезни и инвалидизации. Психологическое исследование может быть при этом использовано для изменения самооценки состояния больного и его субъективного прогноза.

Обнаруживаемое в эксперименте улучшение показателей психотерапевт также использует для выработки у больного оптимистической позиции.

МЕТОДИКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

На вооружении патопсихологов находится множество экспериментальных методик, с помощью которых исследуются особенности психических процессов и состояний.

Используемые в патопсихологических исследованиях методики характеризуются направленностью на звенья психических процессов. В патопсихологических методиках воссоздаются конкретные ситуации. Разрешение их требует от обследуемого определенного вида деятельности, изучение которого и является целью проводимого исследования. В психологическом эксперименте моделируется некая проблемная ситуация, требующая раскрытия, так как отдельные, входящие в эту ситуацию элементы находятся в неадекватных соотношениях (С. Л. Рубинштейн, 1958). Решение экспериментального задания сводится к раскрытию взаимоотношений между элементами проблемной ситуации в результате ее анализа и к поискам адекватного способа приведения составных частей ситуации в соответствие.

Разделение патопсихологических методик на качественные и психометрические, т. е. служащие для измерения тех или иных психических функций, не обоснованно. Дело в том, что методики, направленные на выявление качественных закономерностей психической деятельности больных, доступны в большинстве случаев статистической обработке. Использование же психометрических тестов без качественного анализа получаемого с их помощью материала неправомерно и приводит к ошибочным выводам (см. раздел «Психометрические методы исследования интеллекта»).

Весьма условно и деление экспериментально-психологических методик на словесные (вербальные) и предметные (невербальные). Даже пользуясь невербальной методикой, исследующий, как правило, не ограничивается регистрацией полученных результатов, но путем расспроса старается выяснить у больного мотивы, которыми он руководствовался, выполняя задание, интересуется рассуждениями больного по поводу проделываемой им в процессе обследования работы. Кроме того, следует учитывать, что в выполнении заданий по невербальным методикам неизменно участвует система процессов внутренней речи обследуемого.

Разделение методик в соответствии с их направленностью на исследование той или иной психической функции также является условным. Как правило, большинство методик свидетельствуют своими результатами о состоянии нескольких функций. Большинство патопсихологических методик обладают широким диапазоном. Нельзя ограниченно исследовать только память, только внимание, только мышление. В связи с этим мы должны оговориться, что произведенная нами в этой книге группировка методик также условна и ее использование продиктовано удобством изложения.

С другой стороны, существуют группы патопсихологических методик, имеющих общую направленность. Так, особенности течения ассоциаций обнаруживаются при исследовании методиками классификации, исключения, в ассоциативном эксперименте, в пиктограммах.

Один и тот же психический дефект обнаруживается при исследовании различных проявлений психической деятельности обследуемого — так эмоциональное уплощение может выступить при исследовании столь различными методиками, как проба на запоминание, пиктограммы, с помощью картинок с эмоциональным подтекстом, при определении уровня притязаний. Повышенная истощаемость определяется при исследовании таблицами Шульте, Крепелина, в корректурной пробе, при образовании аналогий и т. д.

Из сказанного вытекают два принципа подбора экспериментально-психологических методик. Это, во-первых, сочетание методик, позволяющих более полно и всесторонне исследовать какие-либо проявления психической деятельности. Например, при исследовании памяти употребляются пробы на заучивание искусственных звукосочетаний, слов и ассоциативных пар слов, применяются методики, позволяющие судить о кратковременной и долговременной памяти, о непосредственном и опосредованном запоминании и т. д. Во-вторых,

сочетание близких по направленности методик позволяет судить о достоверности, надежности полученных результатов. Данные, получаемые в клинико-психологическом эксперименте с помощью одной методики, всегда желательно подтвердить результатами, полученными с помощью других методик.

При выборе для исследования той или иной методики следует помнить, что направленность ее может измениться даже при незначительном на первый взгляд видоизменении инструкции. Так, Т. И. Тепеницына (1967), изучая психологическую структуру резонерства, установила, что количество резонерских суждений, выявляемых в эксперименте, увеличивается при изменении направленности инструкции, при которой актуализируется, усиливается личностно-оценочная позиция больного. При выяснении понимания смысла пословиц и поговорок наряду с обычной инструкцией (как вы понимаете смысл пословицы?) автор задавал вопрос и в несколько иной форме (как вы относитесь к пословице?). Часто одного этого изменения инструкции было достаточно, чтобы спровоцировать резонерство.

Из значительного количества патопсихологических экспериментальных методик в каждом случае исследующий пользуется ограниченным их числом. Обычно для обследования одного больного достаточно 8—9 методик, выбираемых в соответствии с задачами исследования. Качество патопсихологического исследования в значительной мере зависит от того, какое количество методик имеется в арсенале исследующего. Владение возможно большим числом приемов экспериментального исследования позволяет точнее направить опыт, подобрать наиболее адекватные методики, а также получить при исследовании более достоверные результаты, так как данные, получаемые различными методиками, будут всесторонне характеризовать особенности психической деятельности обследуемого и в ряде случаев подтверждают друг друга.

В выборе методик патопсихологического исследования могут играть существенную роль следующие обстоятельства.

1. Цель исследования—дифференциальная диагностика (в зависимости от предполагаемых заболеваний), определение глубины психического дефекта, изучение эффективности терапии. Там, где-предполагается шизофренический процесс, применяются одни методики исследования, при обследовании больного эпилепсией с целью установления выраженности интеллектуально-мнестических расстройств — другие. Для многократных исследований в ходе лечения избираются методики, располагающие значительным количеством равных по трудности вариантов заданий.

2. Образование больного и его жизненный опыт, например, недостаточно грамотному испытуемому не следует давать задания по методике образования сложных аналогий.

3. Иногда существенную роль играют особенности контакта с больным. Так, нередко приходится обследовать больного с нарушением деятельности слухового или зрительного анализатора. При глухоте максимально используются задания, рассчитанные на зрительное восприятие. Даже в пробе на запоминание слова испытуемому не зачитываются, а предъявляются в письменном виде. При плохом зрении, наоборот, все методики варьируются для слухового восприятия.

В процессе исследования методики обычно применяют по возрастающей сложности — от более простых к сложным. Исключение составляет обследование испытуемых, от которых ожидают агравации или симуляции. В этих случаях иногда более трудные задания выполняются нарочито неверно. Эта же особенность характерна и для состояний псевдодеменции, когда успешно выполняются более сложные задания и нелепо — элементарно-простые (А. М. Шуберт, 1957).

Большинство патопсихологических методик отличается простотой, для проведения исследования с их помощью необходимо лишь заготовить таблицы, рисунки. Работу патопсихолога облегчает наличие в лаборатории отпечатанных типографским способом таблиц,

бланков. Патопсихолог должен располагать известным «ассортиментом» методик, подбор которых должен быть продуманным. Например, нельзя ограничиться таблицами лишь для словесного или только предметного варианта методики исключения, каждый из этих вариантов имеет свои преимущества при определенной постановке опыта, а иногда желательно использование обоих. Для обследования больного нельзя применять методику, приемами проведения которой исследующий не овладел в достаточной мере. Изготовление некоторых таблиц для исследования требует «отработки нормы» по ним. Так, нельзя использовать приготовленные в своей лаборатории таблицы Шульте, руководствуясь показателями нормы, почерпнутыми из исследований, проводившихся в других лабораториях, и с помощью таблиц, возможно, отличающихся размером и яркостью цифр, их освещенностью.

Особого внимания требует введение в работу лабораторий оригинальных методик или модификаций уже известных. В этих случаях должна быть уточнена не только теоретическая возможность применения данной методики, но и необходимо ее апробировать на статистически достоверной группе обследуемых для подтверждения правильности предположения о направленности этой методики на изучение тех или иных психических процессов и надежности получаемых с ее помощью результатов.

Эффективность того или иного метода психологического исследования определяется с помощью понятий надежности и валидности (обоснованности), введенных в экспериментальную психологию в процессе создания психологических тестов. М. С. Роговин (1981) указывает, что хотя за последние годы нередко высказывались сомнения о методологической строгости этих понятий, они тем не менее не утратили своего значения.

Надежность психологического метода (методики) позволяет характеризовать его с точки зрения стабильности результатов, получаемых при повторном использовании этого метода при аналогичных условиях (ретестовая надежность) или же при использовании взаимозаменяемых, эквивалентных форм метода. В связи с этим очень важно использовать в практической деятельности методики, надежность которых подтверждена уже накопленным в патопсихологии опытом, или при разработке и внедрении новых методик специально проводить их изучение на предмет надежности.

Валидность — понятие, показывающее, насколько психологический метод (методика) измеряет действительно то, что он должен изучать и измерять, и насколько хорошо он выполняет эту задачу. Понятие валидности сложнее, чем понятие надежности; разными исследователями выделяются различные виды валидности. Так, различают валидность по содержанию, по критерию, т. е. по непосредственной и независимой мер.е того, что должен предсказать метод (например для метода, направленного на изучение определенного профессионального свойства, таким критерием может быть эффективность работы обследуемого в последующем на производстве), по конструкту, показывающая, насколько результаты метода (методики) могут рассматриваться как мера какого-либо теоретического конструкта, свойства, например интеллекта, памяти, тревожности, нейротизма и т. п.

A. Anastasi (1982) совершенно справедливо пишет о том, что нельзя говорить о валидности вообще, обобщенно, например, что тест имеет высокую или низкую валидность. При определении валидности всегда должно быть указано конкретное предназначение метода. Это особенно важно учитывать при проведении патопсихологического исследования. Так, метод оказывается различно валидным в зависимости от стоящей перед психологом задачи, например, валидность метода Роршаха будет достаточно высокой при обследовании группы больных, отобранных по нозологическому критерию, но окажется весьма низкой при необходимости проведения индивидуально-нозологической диагностики. Методики, направленные на выявление истощаемости психической деятельности, не обладают высокой нозологической валидностью, но последняя может быть весьма существенной, когда перед психологом ставится конкретная задача дифференциальной диагностики между истинной и симптоматической

эпилепсией.

В значительной мере валидность тех или иных методик зависит не только от самого диагностируемого заболевания, но и от его стадии, о чем будет идти речь в разделе, посвященном патопсихологическим исследованиям при шизофрении.

ПРОВЕДЕНИЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ПОДГОТОВКА ЗАКЛЮЧЕНИЯ

В проведении патопсихологического исследования можно различить несколько этапов. Первый осуществляется клиницистами еще до знакомства психолога с больным и сводится к формулировке клинической задачи. Врач решает вопрос о том, насколько полезно в данном конкретном случае может оказаться патопсихологическое исследование. С задачей знакомится патопсихолог. В беседе с лечащим врачом он уточняет интересующие его особенности течения заболевания, возможные дифференциально-диагностические предпосылки или предположительную дилемму экспертного суждения. Если речь идет о контроле эффективности лечения, психолог вместе с врачом обсуждает специфику терапевтических мероприятий, предполагаемые возможности их влияния на различные психические процессы, намечает сроки повторного исследования.

Беседе с больным предшествует ознакомление патопсихолога с материалами истории болезни. Отсутствие в ней интересующих психолога данных заставляет его собирать дополнительный анамнез. Для психолога представляет интерес не только анамнез, но и особенности течения болезни, результаты других лабораторных исследований — биохимических, серологических, электрофизиологических, офтальмологических. Затем следует тщательное ознакомление с записью о психическом статусе больного в истории болезни и сопоставление этих материалов с тем, что психолог наблюдает в лаборатории. Это очень важно: несоответствие психического состояния больного в отделении по записям врача его поведению в лаборатории дает психологу основания иногда уже в начале исследования предположить симулятивное поведение или аггравацию со стороны обследуемого и соответствующим образом строить эксперимент. Так, иногда обследуемый по дневниковым записям обнаруживает живой темп психомоторики, а в условиях лаборатории демонстрирует резкое замедление сенсомоторных реакций (очень часто при симуляции и аггравации особенно плохими оказываются результаты в пробах, проведение которых сопровождается регистрацией времени).

Состояние больного играет очень важную роль в успешном проведении исследования. Перед началом эксперимента необходимо убедиться в отсутствии каких-либо интеркуррентных соматических заболеваний. Препятствием для исследования является получение больным психотропных средств (следует оговорить возможность проведения обследования больного, получившего воздействующие на течение нервных процессов лекарства, в тех случаях, когда это предусмотрено задачей психологического эксперимента). Нежелательно проведение исследования после бессонной ночи, физического переутомления, при чувстве голода или, наоборот, непосредственно после еды. Повторные исследования желательно проводить в то же время дня, что и первичные.

Ознакомление с историей болезни и состоянием больного позволяет исследующему уточнить задачу, поставленную перед ним клиницистами, и наметить предварительный план исследования — выбор методик, очередность их применения.

Беседу с больным начинают с расспроса паспортных данных, на основании чего составляют первое суждение о состоянии у больного мнестической функции. В дальнейшем в беседе уточняется состояние памяти (кратковременной и долговременной), его внимания, характеризуется состояние сознания. Определяется ориентировка больного во времени, месте и собственной личности, как хорошо он помнит даты собственной жизни и общеизвестных

исторических событий. Эти вопросы должны быть заданы в ходе непринужденной, естественной беседы и ни в коем случае не должны напоминать экзамен, определяющий психическую полноценность больного. В тех случаях, когда предполагаются расстройства памяти, обязательно надо выяснить, как сам больной оценивает свою память. В беседе выявляется наличие или отсутствие сознания болезни, отношение больного к помещению его в психиатрическую больницу и к факту проведения патопсихологического исследования. При этом больному необходимо разъяснить желательность такого исследования, исходя из его интересов,— уточнение диагноза, назначение лечения и т.п. Желательно, чтобы при этом объяснении исследующий не ссылался на необходимость определения уровня умственной деятельности обследуемого. Гораздо охотнее психически больные соглашаются на исследование памяти, внимания, сенсомоторики.

Иногда беседа патопсихолога с больным существенно влияет на дальнейший ход исследования, придает ему специфическую направленность. В беседе с больным выясняются и особенности его личности до заболевания, оценка им изменения в процессе болезни самочувствия и своей работоспособности. Определяется культурный уровень больного, его образованность, эрудиция, круг интересов, потребности.

Выполнению задания по каждой методике предшествует инструкция. По мнению P. Fraisse (1966), инструкция составляет часть общего определения экспериментальной ситуации и должна обеспечивать сотрудничество обследуемого с экспериментатором. Поэтому подготовке инструкции придается очень важное значение. От инструкции зависит во многом, как обследуемый понимает задание и оценивает отношение к этому заданию со стороны обследующего. Небрежно поданная и нечетко оформленная инструкция может явиться причиной плохих результатов выполнения задания обследуемым, который либо плохо понял, что от него требуется, либо считает, что экспериментатор сам относится к ситуации эксперимента формально. Потому P. Fraisse пишет о том, что именно инструкция способствует созданию у обследуемого определенной установки, которая должна на всем протяжении эксперимента быть как можно более постоянной. Инструкция должна быть отработанной (по выражению P. Fraisse, «обкатанной»), предварительно испытанной и лаконичной, соответствовать умственным возможностям обследуемого. Инструкция составляется так, чтобы избежать возможности ее разноречивого понимания. В некоторых случаях в начале работы по методике инструкцию следует «подкрепить», объяснить одним-двумя примерами. Результаты исследования не следует оценивать лишь как успешные или неуспешные. Если больной не справляется с заданием, следует выяснить причину этого, так как иногда в основе неудачного решения лежат смущение, неуверенность в своих возможностях, недостаточно четко понятая инструкция. Для оценки результатов важно определить, насколько эффективной оказывается помощь исследующего — принимается ли она исследуемым или отвергается в силу негативистических проявлений либо в связи с нарочитым его поведением в ситуации эксперимента. Последнее мы условно обозначаем как сопротивление инструкции.

Необходима как можно более полная и точная запись исследующим обстоятельств проводимого опыта. Как писал A. Binet (1910), для проведения экспериментально-психологического исследования требуется лишь перо, немного бумаги и много терпения. Эти слова следует понимать не только как признание частоты употребления в экспериментальной психологии так называемых карандашно-бумажных тестов. Здесь содержится указание на такое неотъемлемое условие проведения эксперимента, как тщательное протоколирование. В протокол опыта заносятся по возможности все суждения обследуемого в процессе эксперимента. Иногда после исследования в протоколе можно найти указания на своеобразные изменения мышления или личностной позиции больного, которые прошли незамеченными во время опыта. Особенно важно точно регистрировать рассуждения обследуемого по поводу решения предложенных ему заданий. Мотивировка решения нередко дает больше материала для выводов, чем одна

регистрация его. Ведение протокола важно и потому, что позволяет иллюстрировать заключение исследующего конкретными фактами. Правильное ведение протокола исследования позволяет впоследствии строить обобщения, анализируя данные обследований специально подобранных групп больных.

Протоколы исследований лучше вести на отдельных листах, которые затем скрепляются. В начале протокола идут его номер по регистрационному журналу, дата, обозначается отделение и указывается фамилия и инициалы больного. В журнале, помимо этих сведений, отмечается возраст обследуемого, диагноз, а также указывается, первичное это исследование или повторное. Желательно также вести алфавитную книгу по годам, которая поможет при необходимости найти протокол предыдущего обследования данного больного. Протоколы хранятся в папках в хронологическом порядке.

Обычно патопсихологические исследования психически больных производятся без какой-либо сложной аппаратуры, и это существенно уменьшает ту искусственность, которая возникает при применении в лаборатории специального оборудования, сложных устройств, кабин и приближает исследование к «естественному эксперименту». По определению А. Ф. Лазурского (1925), естественный эксперимент — это попытка совместить произвольное вмешательство, являющееся характерным признаком всякого эксперимента, в психическую жизнь человека со сравнительной простотой и естественной обстановкой опыта.

Важным и нередко очень трудным представляется заключительный этап исследования — анализ полученных в эксперименте фактов, их обобщение и подготовка заключения, которое должно отражать качественные особенности течения психических процессов у обследуемого. При этом важна не столько характеристика .данных, полученных с помощью отдельных методик, сколько умение обобщить их, выделив таким образом основные нарушения психической деятельности. Заключение всегда должно быть ответом на вопрос, который поставлен клиницистом перед патопсихологом.

М. С. Роговин (1969) пишет о том, что результаты патопсихологического эксперимента имеют самостоятельное значение, но он придает особую роль их клинической квалификации. В частности, автор выделяет в проведении патопсихологического эксперимента три этапа, представляющие последовательную интеграцию психологических данных в клиническое заключение. Первый этап заключается в предъявлении любому больному любой психологической пробы, чем создается собственно экспериментальная ситуация. Это, в сущности, ориентировочный этап исследования. Исследующий получает характеристику ряда общих данных относительно темпа, объема и переключаемости психических процессов. На втором этапе исследования патопсихолог переходит к поиску таких психологических проб, в выполнении которых с наибольшей вероятностью должна проявиться психологическая структура нарушения. Таким образом, здесь исследующий стремится найти наиболее нозологически специфические (в зависимости от сформулированной клинической задачи) методики экспериментального исследования. Поскольку ни одна взятая изолированно патопсихологическая методика не имеет решающего диагностического значения, наступает третий этап исследования, заключающийся, по М.С. Роговину, в сопоставлении результатов использованных при исследовании психологических проб. По мнению автора, собственно нозологическая квалификация полученных в эксперименте данных уже выходит за рамки работы патопсихолога и осуществляется путем сопоставления обнаруженной в эксперименте структуры психического дефекта с клинической картиной заболевания.

Форма заключения не может быть единой. С. *Я.* Рубинштейн (1970) пишет, что так же, как само исследование не может быть стандартным, не может быть и стандарта в составлении заключения. В значительной мере характер заключения зависит и от индивидуальных свойств патопсихолога и от рабочей нагрузки. Этими факторами, например, определяется лаконичность или обстоятельность заключения. Заключение не должно быть повторением, даже сжатым,

протокола обследования.

В ряде случаев важно коротко охарактеризовать психическое состояние обследуемого, предъявляемые им жалобы. Это особенно важно, когда психическое состояние больного в лаборатории отличается от описываемого лечащим врачом в отделении, либо при обнаружении известного контраста между самочувствием больного и результатами исследования. Пример последнего: обследуемый предъявляет жалобы астенического характера, но в эксперименте не обнаруживается соответствующих им проявлений истощаемости, ослабления памяти, активного внимания. Регистрация психического состояния обследуемого важна и в тех случаях, когда этим можно объяснить характер полученных результатов.

В заключении отмечаются особенности поведения больного, обусловленные ситуацией исследования, его отношение к самому факту исследования. Обязательно регистрируется наличие компонентов так называемого установочного поведения (оно не всегда является признаком симуляции или аграважии и наблюдается в рамках психогенных состояний, особенно при наличии истерической симптоматики). Установочное поведение часто ставит под сомнение достоверность некоторых полученных при исследовании результатов, например, впечатление об интеллектуальной недостаточности в этих случаях требует серьезных прямых и косвенных доказательств. В частности, нередко при установочном поведении обследуемых (особенно когда исследование проводится в целях судебно-психиатрической экспертизы) мы наряду с ответами, как бы свидетельствующими о снижении уровня обобщения, с помощью применения параллельных по направленности методик получаем достаточно дифференцированные решения отдельных заданий. Однако для обнаружения в эксперименте такой «неравномерности уровня достижений» исследование должно проводиться с помощью большого количества методик, располагаемых в отличие от обычного проведения исследования не по степени нарастания трудности содержащихся в них экспериментальных заданий. Кроме того, в этих случаях необходимо проводить исследование повторно и иногда с интервалами в несколько дней.

В заключении нельзя ограничиваться перечнем применявшихся в процессе исследования методик и регистрацией факта выполнения или невыполнения обследуемым предложенных ему заданий. На основе анализа данных эксперимента необходимо выделить ведущие патопсихологические особенности аналогично тому, как психиатр на одном из этапов врачебного мышления вычленяет в клинической картине заболевания доминирующий синдром. И патопси-холог ищет в структуре психического дефекта обследуемого своего рода патопсихологический синдром.

В заключении указываются обнаруженные при исследовании особенности памяти, внимания обследуемого, темп его сенсомоторных реакций, отсутствие или наличие признаков повышенной истощаемости психических процессов, характер эмоционально-личностных проявлений. Иногда не меньшую роль может играть констатация патопсихологом отсутствия у обследуемого тех или иных психических расстройств. Например, при дифференциальной диагностике между неврозом и неврозоподобным течением шизофрении либо между психопатией и шизофренией с психопатоподобными проявлениями представляется важным то обстоятельство, что в эксперименте не обнаруживаются характерные для шизофрении нарушения мышления и аффективно-личностные изменения.

Все это в целом создает более или менее полную картину структуры особенностей психической деятельности обследуемого, правильная квалификация которой облегчает наметку в заключении диагностических предположений. Последние не должны быть категоричными, так как психологический эксперимент является вспомогательным в клиническом обследовании психически больного: данные патопсихологического исследования существенно дополняют характеристику психического статуса больного, служат основой углубленного клинического анализа.

Характер заключения зависит и от поставленной перед исследователем задачи. Так, при

повторяемых в процессе лечения больного исследованиях основное внимание уделяется сравнению обнаруживаемых результатов. Например, повторно обследуя больного с соматогенной астенией, мы обращаем особое внимание на изменение выраженности у него по мере лечения явлений повышенной истощаемости. Иную задачу ставит перед патопсихологами судебно-психиатрическая экспертиза. Например, диагноз олигофрении у испытуемого клинически несомненен, но требуется не только зафиксировать у него в эксперименте недостаточность уровня обобщения, но и определить более точно степень выраженности интеллектуального дефекта. Последнее иногда крайне трудно сделать, руководствуясь лишь клиническими признаками, а для экспертного решения точное установление уровня недостаточности процесса обобщения играет очень важную роль. Ответы на эти вопросы и должно содержать заключение.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Как и в психиатрии, в патопсихологии под синдромом понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных. В этом заключается большая диагностическая значимость синдромов по сравнению с симптомами. В диагностическом мышлении врача правильная квалификация синдрома является подступом к определению нозологической принадлежности заболевания. Известно, однако, что выделяемые психиатрами клинические синдромы далеко не одинаковы по своей нозологической специфичности, последняя зависит от круга болезней, при которых предпочтительно наблюдается тот или иной синдром, и от степени сложности синдрома, отражающей присущие ему патогенетические и патокинетические механизмы.

Психопатологические (клинические) синдромы по своим особенностям существенно отличаются от патопсихологических. Можно думать, что различие это обусловлено не столько формой синдрома, его составом, сколько различными уровнями функционирования центральной нервной системы, на которых эти синдромы выделяются. В системе иерархии мозговых процессов различают такие уровни (А. Р. Лурия, 1962, 1964; Ю. Ф. Поляков, 1971, 1977): патобиологический, характеризующийся нарушениями морфологической структуры тканей мозга, протекания в них биохимических процессов и т. п.; физиологический, заключающийся в изменении течения физиологических процессов; пато- и нейропсихологический, для которого характерно нарушение протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики; психопатологический, проявляющийся клиническими синдромами и симптомами психической патологии. Так, при психических заболеваниях нарушения морфологического субстрата головного мозга и присущие им изменения протекания биохимических процессов приводят к нарушению физиологических процессов. Выпадают важные звенья функционирования психики, опосредованно нарушается течение психических процессов, прижизненно сформированных на основе физиологических. А это, в свою очередь, приводит к патологии отражения центральной нервной системой больного человека сигналов из окружающей среды. Психопатологический симптом, таким образом, является завершающим этапом сложной патогенетической цепи.

Такое представление об иерархии функционирования психики человека объясняет необходимость мультидисциплинарного подхода к ее изучению. При этом, как указывает Ю. Ф. Поляков (1971), если клинические (психопатологические) исследования обнаруживают закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то патопсихологические исследования должны дать ответ на вопрос, как нарушено протекание (структура) самих психических процессов, приводящих к этим проявлениям. Таким образом, если психопатолог констатирует наличие в клинической картине тех или иных симптомов или синдромов психической патологии и специфику их течения, то патопсихолог свое исследование направляет

на раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемой в клинике симптоматики.

Это различие между психопатологическими и патопсихологичес-кими синдромами вытекает из той разницы между психопатологией и патопсихологией, о которой шла речь выше, и в значительной мере отражает специфику присущих этим двум областям знаний методов — клинико-описательного, которым пользуется психопатология, и экспериментально-психологического, взятого на вооружение патопсихологией.

Клинические синдромы являются опосредованным выражением сложившихся нарушений психической деятельности, тогда как патопсихологические синдромы, относящиеся к более низкому уровню вертикальной иерархии формирования психических функций в норме и патологии, в значительно большей мере отражают непосредственные, присущие этим нарушениям, причинно-следственные взаимоотношения. Сущность психопатологических синдромов не может быть понятна без патопсихологического и патофизиологического анализов лежащих в их основе явлений, и, в свою очередь, изучение патопсихологических синдромов невозможно без четкого клинического отграничения объекта исследования.

Систематика патопсихологических синдромов разработана значительно меньше, чем систематика клинических синдромов, хотя и последняя еще далека от совершенства.

Синдромы в патопсихологии, как и в психиатрии, различаются в значительной мере степенью своей обобщенности. Ранее (1976) мы приводили в качестве типичного примера патопсихологических синдромов выделяемые Б. В. Зейгарник типы расстройств мышления. Действительно, каждый из этих типов характеризуется своей, в значительной мере специфической, структурой, однако, как это явствует из самого принципа систематики, в ней выделяются более обобщенные группы, например, нарушения операционной стороны мышления, нарушения динамики мыслительной деятельности и другие, более конкретные, являющиеся частным проявлением первых, например, лабильность мышления, непоследовательность суждений. Однако между этими двумя видами патопсихологических синдромов нельзя установить такие взаимоотношения, которые соответствовали бы разделению в клинике синдромов на «большие» и «малые». Более того, выделение таких конкретных, «узких» патопсихологических синдромов дает значительно больше необходимой для диагностического процесса информации, чем выделение более общих синдромологических групп, основанное на подчеркнутом и абстрактизированном выделении признаков, общих для нескольких «узких» синдромов.

Поэтому, говоря о различной степени обобщенности патопсихологических синдромов, следует выделять синдромы многозначные, опирающиеся на более сложные, полифакторные, нарушения психической деятельности. Первую попытку выделения таких обобщенных патопсихологических синдромов предпринял И. А. Кудрявцев (1982). В результате исследований, проводившихся в судебно-психиатрической практике с помощью комплекса патопсихологических методик, направленных на изучение различных сторон познавательной деятельности и вместе с тем позволяющих получить ценные данные о личности испытуемых, автор выделил следующие патопсихологические симптомокомплексы (синдромы): шизофренический или диссоциативный, органический, олигофренический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации, характерный для реактивных психозов.

Каждый из этих синдромов включает ряд симптомов. Например, для шизофренического симптомокомплекса наиболее патогномоничными являются симптомы распада мыслительных процессов, диссоциации личностно-мотивационной и операционно-процессуальной сфер мышления, что проявляется в нецеленаправленности мыслительной деятельности, эмоционально-выхолощенном резонерстве, ригидном схематизме, символике, искажении процесса обобщения с разноплановым подходом к выделению ведущих признаков, в

актуализации латентных признаков предметов и явлений, в феномене патологического полисемантизма и т. д. Однако, как указывает И. А. Кудрявцев, не все эти компоненты, симптомы определяются в том или ином симптомокомплексе в обязательном порядке и с обязательной степенью выраженности, важно найти «ядро» патопсихологического синдрома. Для шизофренического синдрома — это нарушения селективности информации, для органического — снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности, для психопатического — аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем притязаний, при психогенном — реактивная дезорганизация умственной деятельности.

Выделенные И. А. Кудрявцевым патопсихологические синдромы различаются в диагностическом и прогностическом отношениях. Так, наиболее диагностически и нозологически информативными оказываются шизофренический и органический симптомокомплексы, наименее—психопатический. И, наоборот, наиболее выраженная тенденция к транзиторности и обратимости присуща симптомокомплексу психогенной дезорганизации умственной деятельности, наименьшая — шизофреническому. Это наблюдение автора становится понятным при соотнесении выделенных им патопсихологических симптомокомплексов с кругами психических заболеваний, схема которых была разработана А. В. Снежневским (1960) в рамках концепции о нозологической специфичности психопатологических расстройств.

Выделенные А. И. Кудрявцевым патопсихологические симптомокомплексы в известной мере обнаруживают сходство с таким используемым в клинической практике понятием, как органический психосиндром. Это как бы синдромы обобщающего значения, характеристика которых более близка к нозологической, их выделение знаменует стадию предварительной диагностики заболевания. Это обстоятельство, а также связь такого рода синдромов с определенными кругами психических заболеваний дают основания обозначить их как регистр-синдромы. Кроме того, И. А. Кудрявцев оперирует в своих исследованиях данными, полученными в судебно-психиатрической практике. Наш опыт позволяет нам дополнить перечень регистр-синдромов, выделив в рамках органического экзогенно-органический и эндогенно-органический регистр-синдромы, а в рамках психогенного — психотический и невротический. В круге эндогенных психозов можно говорить, по крайней мере, о двух регистр-синдромах — шизофренном и аффективно-эндогенном. Таким образом, патопсихолог может оперировать в своих диагностических заключениях следующим набором регистр-синдромов:

I — шизофренический;

II — аффективно-эндогенный (в клинике ему соответствуют маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста). I

II — олигофренический;

IV —экзогенно-органический (в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга — церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, токсикомании и т. д.);

V — эндогенно-органический (в клинике — истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге);

VI — личностно-аномальный (в клинике — акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере-аномальной почвой психогенные реакции);

VII —психогенно-психотический (в клинике—реактивные психозы);

VIII —психогенно-невротический (в клинике—неврозы и невротические реакции).

Нозологическая специфичность патопсихологических регистр-синдромов существенно возрастает в связи с конкретной задачей, поставленной перед патопсихологом. Так, разграничение экзогенно- и эндогенно-органических регистр-синдромов очень важно в дифференциальной диагностике истинной и травматической эпилепсии. Разграничение

органического и олигофренического регистр-синдромов помогает уточнить природу и диагностику состояний, протекающих с интеллектуально-мнестической недостаточностью.

Введение патопсихологических регистр-синдромов в практику патопсихологических исследований в сущности обозначает рубеж диагностически-информативных рекомендаций, заключающихся в данных проведенного патопсихологом исследования. В таком аспекте понятие патопсихологического регистр-синдрома значительно глубже, чем сформулированное В. В. Николаевой, Е. Т. Соколовой и А. С. Спиваковской (1979), понимающими под патопсихологическим синдромом совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях. Патопсихологические регистр-синдромы опосредованы клинически, и их использование для интерпретации результатов будет способствовать сближению позиций патопсихолога и психиатра.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ И ТЕСТЫ В ПАТОПСИХОЛОГИИ

Психометрические тесты, использование которых в клинических целях до сих пор остается дискуссионным, существенно отличаются от разработанных советскими патопсихологами и широко ими применяемых методик типа функциональных проб.

Психологический тест — это испытание определенной функции с помощью изучения стандартизованных реакций личности на стимулы, четко регламентированные по степени трудности и времени выполнения задания, которое позволяет установить уровень развития этой функции по сравнению с усредненными показателями, характерными для данной популяции.

Тесты являются весьма аморфной группой психологических методик. Они различаются диапазоном применяемых приемов. Достаточно сравнить два таких теста, предназначенных для исследования интеллектуального уровня, как метод Векслера, включающий 11 экспериментальных методик, и «шкалу домино», представленную набором достаточно однородных заданий, расположенных по степени нарастания их трудности. В связи с этим следует помнить указание крупного специалиста в области тестологии A. Anastasi (1982) относительно того, что названия тестов далеко не всегда соответствуют тому, что они в действительности измеряют.

По направленности («что исследуется тестом?») можно выделить тесты интеллекта, интересов, знаний и умений, специальных способностей, характерологические (личностные), тесты для исследования отдельных функций — памяти, внимания, подвижности психических процессов и т. д. (В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук, 1978).

Уже при создании первых психологических тестов были разработаны известные требования к ним («психографический минимум»), которым тест должен соответствовать в обязательном порядке (W. Stern, 1912): высокая симптоматическая ценность (т. е. связь с определенными психическими особенностями личности); широкая симптоматическая ценность — полное и разностороннее выявление интересующей нас индивидуальной особенности; универсальность, пригодность или легкая приспособляемость к испытанию различных категорий индивидуумов; краткость; техническая простота; легкость и простота количественного учета; наличие известных норм или масштаба, в зависимости от которых общая оценка результатов является положительной или отрицательной.

В патопсихологии возможность использования психологических тестов обычно рассматривается в плане их противопоставления методикам типа функциональных проб, при этом подчеркивается сугубо измерительная направленность тестов на оценку отдельных функций, без изучения структуры психического дефекта. В то же время указывается, что патопсихологические методики типа функциональных проб дают углубленный качественный анализ экспериментальных данных, выигрывающий от их статистической обработки, но лишены

присущих тестам жесткой регламентированности заданий и стандартизации возможных в эксперименте проявлений психической деятельности.

Вопрос о применении в патопсихологии тестов не может решаться альтернативно. Различия методического характера между тестами и патопсихологическими методиками типа функциональных проб позволяют говорить о возможности их сочетанного применения в зависимости от задач исследования. О правомерности такой постановки вопроса писал С. Л. Рубинштейн (1935), предлагавший дополнять тесты другими методическими средствами. Эту точку зрения отстаивал и К. К. Платонов (1977).

Касаясь вопроса о возможности применения тестов в патопсихологии, В. Н. Мясищев (1971) также указывал на рациональность комбинирования данных стандартного и нестандартного исследования, предостерегал против тестирования и подсчета без умения психологического наблюдения, правильного истолкования, основанного на знании многообразия свойств личности, умения охватить личность в ее развитии, в неразрывном сочетании биологических и органических «условий личности» и «самой личности», представляющей систему общественно обусловленных отношений. Однако такая постановка вопроса требует уточнения показаний к применению психометрических тестов.

Даже психологи, развивающие тестологическое направление (D. Rapoport, 1945), не придают первостепенного значения показателю IQ и выдвигают на передний план значение разброса, т. е. анализа оценок, полученных при сравнении выполнений заданий по различным субтестам Векслера. Таким образом, значение IQ — показателя межличностного, интериндивидуального — отступает перед фактором разброса, имеющим внутриличностное, интраиндивидуальное значение.

Поставлена под сомнение характеристика IQ как показателя степени развития интеллекта. Этому в немалой мере способствуют наблюдения относительно упражняемости ряда свойств, характеризующих IQ (Л. В. Занков, 1963). Л. А. Вяткина (1970) рассматривает результат испытаний по Векслеру как характеристику не задатков, а достигнутого уровня умственного развития. Однако и как показатель умственного развития IQ снабжает исследователя не абсолютными, а лишь относительными данными применительно к определенной группе обследуемых. A. Anastasi считает, что IQ — это только условный способ выражать оценку в некоторых видах тестов, и так его нужно интерпретировать. Таким образом, IQ в последнее время рассматривается как эмпирический показатель, лишь относительно свидетельствующий о состоянии функции интеллекта. С этим связано то, что многие исследователи отказываются пользоваться самим понятием IQ, прибегая к понятиям «суммарный .показатель», «статистический показатель», «общий корригированный показатель».

Возражая против сугубо измерительной направленности тестов, Б. В. Зейгарник (1971) пишет о том, что измерение коэффициента психических способностей можно признать правомерным лишь в том случае, если рассматривать умственное развитие только как количественный рост этих способностей, а болезнь как их регресс. Понимая, что развитие не является одним лишь количественным ростом способностей, отрицая представление о психической болезни как о едином механизме распада, как бы являющегося негативом по отношению к развитию, нельзя сводить исследование психических функций к простому их измерению, игнорируя своеобразие качественных патопсихологических характеристик при разных заболеваниях.

Можно думать, что решение вопроса о диагностическом значении тестов в патопсихологии не однозначно. Полученные при исследовании по Векслеру данные опираются на математически обработанные результаты обследований больших групп больных различной нозологической принадлежности и не всегда применимы в решении вопросов индивидуальной нозологической диагностики. Сам D. Wechsler в интерпретации получаемых с помощью его метода результатов при обследовании больных шизофренией придавал большое значение их

качественному анализу. Так, при этом отмечалось несоответствие правильности решения задания степени его трудности, акцентировалось внимание на выявлении в процессе исследования таких особенностей мышления, как резонерство, тенденция к чрезмерным обобщениям, т. е. свойств, не поддающихся количественному определению.

Есть и еще одна сторона вопроса. Даже такой относительно разносторонний по методическим приемам тест, как интеллектуальная шкала Векслера, не может претендовать на универсальную валидность. В частности, этот тест не включает ряд методик, особенно хорошо зарекомендовавших себя при выявлении шизофренических расстройств мышления, например, методик классификации, исключения, образования пиктограмм и т. п. Объяснение переносного смысла пословиц у ряда больных шизофренией оказывается сохранным, и гораздо более ценной в информативном отношении при этом заболевании является методика соотнесения пословиц с фразами. Диагностическая ценность теста Векслера неодинакова при различных вариантах клинического задания, которым руководствуется патопсихолог. Она значительно выше, когда проводится дифференциальная диагностика шизофрении и органических поражений головного мозга, и сводится главным образом к качественной интерпретации результатов при отграничении шизофрении от психопатий или невротических состояний. В этом отношении представляют интерес данные G. Dahl (1968), исследовавшего психопатологически контрастные группы психически больных (шизофрения, органические поражения головного мозга, неврозы), сходных по полу, возрасту и IQ. Существенных диагностических различий он при этом не обнаружил. Лишь мозаичный субтест (кубики Кооса) отличал больных с органическими заболеваниями головного мозга от больных шизофренией и неврозами. На этом основании G. Dahl предостерегает от некритического использования теста Векслера для решения вопросов клинической диагностики.

В то же время исследование интеллектуальной деятельности с помощью тестов позволяет получить данные, характерные для обследуемого в сравнении с другими пациентами той же возрастной группы, определяющие в том или ином отношении его индивидуальные особенности. Возможность стандартизованной оценки достигнутых при обследовании результатов имеет положительное значение при характеристике глубины психического дефекта отдельного больного или группы больных общей нозологической принадлежности. Кроме того, тщательный и тонкий качественный анализ результатов при учете их количественного значения оказался весьма результативным в определении личностных особенностей обследуемых (И. Н. Гильяшева, 1969, 1971).

Можно думать, что психометрические тесты окажутся полезными при обследовании какой-либо категории больных в динамике, на различных этапах течения заболевания и онтогенеза. Правомерность такого подхода показана D. Bromley (1966), использовавшей метод Векслера для характеристики функций интеллекта при старении. Преобладающая масса исследований интеллекта при старении произведена методом «поперечных срезов». Изучение динамики интеллекта путем «поперечных срезов» дает средние данные для разных возрастных групп. При этом стираются индивидуальные различия, картина того или иного процесса получается интегративной, выявляет определенную тенденцию.

Развитие и спад интеллектуальных функций можно проследить в одной и той же группе ло'нгитудинальным («продольным») методом. Так, при этом можно выявить внезапные скачки интеллектуального уровня на некоторых онтогенетических этапах у отдельных лиц, проследить роль соматических и социальных факторов в возникновении этих скачков или спадов. Кроме того, при такой организации исследования можно учесть исходный уровень интеллектуальной деятельности. Однако для проведения лонгитудинального исследования требуется подготовка идентичных и достаточно выверенных наборов субтестов. Наиболее результативным D. Bromley считает сочетание обоих методов — «поперечных срезов» и лонгитудинального.

Вопрос об использовании тестов в патопсихологии еще далек от окончательного решения.

Категоричность суждений здесь может оказать плохую услугу. Мы хотели лишь высказать мнение, основанное на некотором опыте их применения. Можно, однако, полагать, что наиболее правильным было бы их применение в общем комплексе патопсихологического исследования наряду с другими преимущественно качественными методиками и при выработке определенных показаний к их использованию.

Следует также помнить, что тесты в патопсихологии могут использоваться лишь при решении весьма узких, конкретных задач, так как ни один, даже самого широкого диапазона, тест не дает достаточно всестороннего представления о психической деятельности обследуемого.

М. Г. Ярошевский (1974), рассматривая дискуссионность проблемы о возможности применения тестов в психологии, подчеркивает, что тест не может помочь в установлении причинных связей в психической деятельности, он лишь позволяет фиксировать результаты деятельности, не связывая их с определенными переменными в той или иной психической функции. Тем не менее, считает М. Г. Ярошевский, тест позволяет выявить определенные закономерности (вероятностные, статистические). Эти закономерности столь же реальны, как и строго причинные, динамические, и знание их обогащает прогностические возможности психолога. Ошибка же тестологии заключается в попытке с помощью статистики восполнить пробелы в знании о динамике умственного развития, его механизмах и закономерностях.

В патопсихологическом исследовании тесты могут играть вспомогательную роль, например, как указывалось выше, при необходимости ранжирования степени выраженности интеллектуального дефекта в группе больных одинаковой нозологической принадлежности. Мы можем вводить тесты на определенных этапах обследования больного, например, для исследования у него памяти, для выявления инертности психических процессов, но получить целостную характеристику мыслительной деятельности и аффективно-личностной сферы больного с помощью одних тестов невозможно. Используя лишь одни тесты, патопсихолог в известной мере сужает свои возможности изменять по ходу эксперимента тактику.

В отличие от психометрических тестов методики типа функциональных проб позволяют исследующему прибегать к гибкой тактике оценок качества работы обследуемого, учитывать его индивидуальность и конкретную задачу исследования на данном этапе, оказывать больному дозированную помощь, позволяющую определить зону его ближайшего развития (А. Я. Иванова, 1976; В. В. Николаева, Е. Т. Соколова, А. С. Спиваковская, 1979).

Кроме того, суммарные оценки, получаемые при исследовании с помощью тестов в ряде случаев маскируют индивидуально-личностные типологические особенности, присущие обследуемому и до болезни. Например, характерная для больного и раньше медлительность сенсомоторики может привести при исследовании по методу Векслера к заключению об интеллектуальной недостаточности.

Необходимо также остановиться еще на одном вопросе, имеющем методически важное значение. Особая регламентированность тестовых исследований способствовала созданию иллюзии о возможности работать с тестами, не имея специальной подготовки. Такой «исследователь» в силу своей несостоятельности при интерпретации полученных ответов, как правило, получает ошибочные результаты, объективность которых он отстаивает, будучи уверенные в непогрешимости метода. Нам кажется совершенно недопустимым, чтобы исследования проводили люди, не владеющие знаниями в области патопсихологии и не умеющие проводить патопсихологические эксперименты с помощью традиционных методов.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАТОПСИХОЛОГА

Успешное проведение патопсихологического исследования во многом зависит от отношений, складывающихся в процессе его между исследующим и больным.

Понятно, что не может быть единого шаблона, по которому бы эти отношения строились, имеют значение много факторов—особенности личности больного, его психическое состояние, задача исследования и, соответственно, отношение к нему обследуемого, особенности личности патопсихолога, его культура, такт, проявляемое им внимание к обследуемому, попавшему впервые в жизни в необычную для себя ситуацию, и т. д. Многообразие этих факторов является причиной возможности различных вариантов контакта, устанавливаемого при патопсихологическом исследовании.

Если факторы, обусловленные состоянием больного и его индивидуальными свойствами, не подвержены в достаточной мере нашему влиянию и могут лишь учитываться патопсихологом при выработке тактики поведения, то требования к личности психолога могут быть сформулированы достаточно четко.

Так, исследующий должен быть высококультурным человеком, с широким кругом интересов помимо своей профессиональной эрудиции, тактичным, выдержанным, деликатным, терпимым к чужому мнению, доброжелательно настроенным по отношению к обследуемому. Исследование ни в коей мере не должно носить характер экзамена, при котором экзаменатор не скрывает удовольствия при виде допущенной экзаменуемым ошибки. Чаще всего в процессе опыта исследующий должен сохранять невозмутимость, бесстрастность. Допускаемые больным ошибки могут анализироваться в беседе с ним, но только в порядке обсуждения мотивов, которыми руководствовался в своем суждении обследуемый. Принципиально неправильно лишь регистрировать ошибки и не искать обусловившую их причину. Часто во время опыта патопсихолог убеждается в том, что ошибочное суждение было случайным и не находит подтверждения в материалах дальнейшего проведения исследования. Поспешно ориентируясь на подобного рода ошибочные решения, патопсихолог рискует составить неверное заключение о течении у обследуемого психических процессов. Лишь в тех случаях, когда у обследуемого необходимо создать впечатление об ошибочности решения, например при исследовании «уровня притязаний», допускается акцентуация внимания больного на допущенной ошибке, в некоторых случаях даже провоцируемой.

Иногда исследующий помогает больному выполнить задание наводящими вопросами, подсказыванием, одобрением или неодобрением отдельных его суждений, показом решения аналогичных заданий. При этом представляет интерес эффективность помощи исследуемого, возможность коррекции ошибочных решений, допущенных обследуемым.

Сохранение патопсихологом во время обследования невозмутимости, беспристрастности обязательно. Даже при явно нарочитом поведении обследуемого не следует внешне проявлять свое неудовольствие, раздражение, так как отрицательными эмоциональными реакциями на поведение обследуемого никогда не удается изменить избранный последним модус поведения в ситуации исследования.

В то же время излишняя беспристрастность исследующего также может отрицательно сказаться на результатах исследования. Уловив в тоне и манерах исследующего проявления безразличия, обследуемый также изменяет свое отношение к исследованию и показывает значительно худшие результаты, например обнаруживает значительно меньшую результативность памяти в пробе на запоминание 10 слов. Бесстрастность исследующего неприемлема при патопсихологическом обследовании детей, когда часто приходится создавать игровую ситуацию, чтобы активизировать обследуемого.

Исключительно важную роль играет уровень профессиональных знаний патопсихолога. Он должен быть хорошо подготовлен теоретически и практически, глубоко знать основы психологической науки и быть достаточно сведущим в вопросах клинической психиатрии. При этом патопсихолог не может ограничиваться имеющимся у него к окончанию вуза багажом знаний. Для того чтобы не стать ремесленником в своем деле, патопсихолог должен постоянно следить за новой научной литературой по проблемам психологии и психиатрии. В своей

деятельности патопсихолог может использовать лишь достаточно апробированные и хорошо ему известные патопсихологические методики. Знание как можно большего количества экспериментальных патопсихологи-ческих методик позволяет специалисту овладеть техникой проведения исследований, проявлять при этом известную тактическую гибкость, изменять направленность проведения эксперимента в соответствии с обнаруживаемыми в его ходе данными. Наивысшей проверкой качества работы патопсихолога является его умение дать заключение по полученным материалам, обобщить в нем обнаруженные данные. Все это требует не только постоянного повышения профессионального уровня, но и, как считал Л. С. Выготский (1935), рассматривавший диагностику как своеобразное искусство обучения культуре диагностики.

В работе патопсихологической лаборатории должны быть предусмотрены контроль за работой психологов и организация постоянной консультативной помощи им. В этом заключается одно из основных преимуществ централизованной организации патопсихологической службы по сравнению с работой закрепленных за отделениями и изолированных друг от друга патопсихологов.

К деятельности патопсихологов полностью применимы деон-тологические требования, предъявляемые обычно к психиатрам. Одно из них—исключительно важное, заключается в сохранении профессиональной тайны. Свои результаты и диагностические соображения патопсихолог сообщает только психиатру, направившему больного на исследование. Патопсихолог не может делиться своими предположениями относительно диагноза, лечения и прогноза с родственниками больного.

Патопсихолог не должен забывать и об ответственности, которую накладывает на него профессия, так как неверное заключение может способствовать нанесению ущерба больному как при неправильно назначенном лечении, так и в случаях принятия неадекватных мер социально-правового порядка.

Патопсихологическое исследование не должно быть ятроген-ным. После проведения исследования у больного не должны возникать мысли о своей психической несостоятельности в связи с поведением исследующего. Напротив, патопсихолог всегда должен сохранять в беседе с больным максимальную психотерапевтичность, способствовать оптимистическим тенденциям и установкам больного в прогнозе течения заболевания и результатов лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ*

Патопсихологические исследования в психиатрических лечебных учреждениях со стационаром проводятся патопсихологами, имеющими специальную подготовку. Количество должностей патопсихологов в психиатрической больнице устанавливается в зависимости от объема работы. При этом необходимо учитывать штатное количество коек в больнице и их оборот, количество поступающих за год в стационар истинно первичных больных, наличие специализированных (детское, гериатрическое, эпилептологическое, судебно-психиатрическое) отделений, работа патопсихолога в которых отличается своей спецификой, проводимую больницей работу по военной и трудовой экспертизе. На основании годовых отчетов медицинская часть больницы устанавливает примерную потребность в патопсихологических исследованиях, т. е. количество нуждающихся в них за год больных.

В связи с этим важно знать объем работы патопсихолога в рамках проведения одного исследования — продолжительность самого исследования, время, затрачиваемое на анализ полученных данных и подготовку заключения.

С. *Я.* Рубинштейн (1970) пишет о том, что обследование одного больного должно занять не меньше 2—3 ч (конечно, в 2—3 приема). Такая затрата времени на одного обследуемого объясняется большой трудоемкостью экспериментально-психологического исследования,

включающего подготовку к эксперименту, изучение материалов истории болезни, обработку полученных данных, их анализ и подготовку заключения. При таком распределении времени патопсихолог в течение месяца может обследовать, по мнению С. Я. Рубинштейн, не более 20—25 больных. Это должно учитываться при направлении больных на обследование в патопсихологическую лабораторию, которая по пропускной способности не может

*Организации патопсихологической службы в психиатрических больницах посвящены специальные методические рекомендации: Зухарь В. П., Рубин-штейн С. Я., Поперечная Л. Н. О работе патопсихолога в психиатрической больнице.—М.: Б. и., 1975.—24 с; Воронков Г. Л., Блейхер В. М., Гарницкий С. П. Организация работы клинических психологов в психоневрологических больницах— К.: Б. и., 1980— 22 с.

конкурировать с другими лабораториями больницы, например, биохимической, серологической, где широко используется лабораторная техника, а сам процесс исследования поставлен на поток. В связи с этим при направлении больного в лабораторию лечащий врач должен решить вопрос о наличии показаний для такого исследования и четко сформулировать перед психологом клиническую задачу. Могут возразить, что каждый психически больной настолько своеобразен, что его обследование может представить интерес. В известной мере это так и есть, однако, руководствуясь практическими соображениями, вопрос о необходимости направления больного к патопсихологу следует решать в соответствии с той пользой, которую может принести исследование в данном случае.

В методических рекомендациях Московского НИИ психиатрии приведена нагрузка патопсихолога, установленная при многократном хронометраже. Одно экспериментально-психологическое исследование с помощью необходимого набора методик занимает 3—3,5 ч. В течение рабочего дня патопсихолог, таким образом, может произвести не более 2 таких исследований. Как правило, большинство больных обследуют не менее 2 раз. Таким образом, с учетом обязательного участия в научных конференциях больницы, в клинических разборах и в работе экспертных комиссий, патопсихолог за год, по данным Московского НИИ психиатрии, должен исследовать не менее 200 больных. Количество обследованных с диагностической целью больных уменьшается при участии патопсихолога в реабилитационной работе.

При наличии в психоневрологической больнице 2000 и более коек рекомендуется введение не менее 10 должностей патопсихологов, от 1000 до 2000 коек—5— 8 должностей и при 500—600 койках — 2—3 должности. Приведенными критериями определяется потребность психиатрической больницы в патопсихологах. При наличии в больнице уже упоминавшихся специализированных отделений можно предусмотреть дополнительно должности патопсихологов из расчета 1 ставка на отделение. Патопсихолог специализированного отделения должен быть хорошо знаком со спецификой работы в нем.

В крупных областных и городских психиатрических больницах, коечный фонд которых превышает 1000 мест, при наличии 3 и более клинических психологов, целесообразно создать лабораторию. Заведующим лабораторией назначается более опытный специалист. Соответственно уменьшается его нагрузка по непосредственному обследованию больных.

В штат лаборатории включается лаборант со средним образованием, в обязанности которого входит содержание в должном виде используемых в лаборатории методик, приобретение специальных бланков и пособий, проведение необходимых подсчетов в протоколах исследований, ведение архива лаборатории. Лаборанту может иногда поручаться проведение исследования по отдельным наиболее простым методикам, но ни в коем случае лаборант не должен проводить полностью самостоятельно психологическое обследование больного.

В обязанности заведующего патопсихологической лабораторией входят обеспечение

правильной организации рабочего процесса, распределение нагрузки между патопсихологами, внедрение и апробация новых методов психологического исследования, оказание консультативной помощи сотрудникам лаборатории в практической работе, участие в исследованиях наиболее сложных случаев. Заведующий лабораторией отвечает за организацию работы по повышению профессионального уровня сотрудников, оказывает им помощь при проведении научных исследований. Он же контролирует ведение учета и отчетности в лаборатории.

Патопсихолог должен обладать глубоким знанием вопросов общей и медицинской психологии, а также быть сведущим в клинической психиатрии, не ограничиваясь в этой области знаний лишь теоретическими представлениями. Опыт показывает, что успешности контакта патопсихолога с клиницистами способствует совместная разработка актуальных научных вопросов, вынесение на научные конференции учреждения докладов на актуальные и для патопсихолога, и для психиатра темы.

Патопсихологическая лаборатория должна находиться в отдельном помещении, изолированном от внешних шумов. В ней должны быть отдельные комнаты — смотровые, в которых патопсихологи проводят обследование больных, и комната для выполнения различных технических работ, обработки данных исследования, в ней можно расположить и звукозаписывающее устройство для того, чтобы это не настораживало больного.

Не допускается одновременное проведение исследования двумя патопсихологами в одной комнате. Комнаты лаборатории должны отвечать оптимальным гигиеническим условиям, они должны быть хорошо (но не слишком ярко) освещены, снабжены лишь необходимой мебелью и оборудованием, располагать к непринужденной беседе. В лаборатории не должно быть ничего лишнего, что бы отвлекало внимание обследуемого либо давало ему повод насторожиться. В лаборатории не должно быть ярких обоев или окраски стен. Желательно, чтобы повторные исследования производились в одном и том же помещении — этим обеспечивается постоянство условий.

В психологической лаборатории должны быть магнитофон, пишущая машинка, необходимые для проведения исследования бланки и пособия, достаточное количество секундомеров, аппаратура (электрокимограф, тахистоскоп, аппараты для записи скорости реакций и т. п.). Необходимость в пишущей машинке объясняется тем, что заключение по исследованию печатается в двух экземплярах: один—для истории болезни, другой—для протокола и хранится вместе с ним.

В лаборатории ведется журнал регистрации. В нем указываются: номер протокола и дата проводимого исследования, фамилия, имя и отчество больного, диагноз, наличие экспертной задачи, номер истории болезни, первичный или повторный осмотр, номер отделения и возраст больного.

Больной считается первичным, если в этом году он обследуется в лаборатории при настоящем поступлении первый раз. Все последующие исследования считаются повторными.

Такая система позволяет наиболее целесообразно вести архив лаборатории и помогает при первой же необходимости найти необходимый протокол, например, при повторном поступлении больного в больницу или при обследовании его в связи с изменением психического состояния, или же для научной разработки. По записи исследования на магнитофонную ленту составляется письменный протокол.

В лаборатории ведется алфавитная тетрадь, куда записываются все больные с указанием номера протокола и даты исследования. Сами протоколы хранятся в папках в хронологическом порядке.

В отчете лаборатории необходимо проанализировать распределение больных по отделениям и диагнозам применительно к основным нозологическим формам и группам заболеваний. Отдельно в отчете фиксируется количество обследованных с экспертной целью по

различным видам психиатрической экспертизы.

В годовых отчетах необходимо указывать диапазон применявшихся в лаборатории методик, принятые на вооружение новые методики, производившиеся в лаборатории научные исследования и имевшие место публикации научных работ за год. В отчете лаборатории отдельно выделяются реабилитационная работа — перечень мероприятий, их участники, количество охваченных больных, эффективность.

Эти формы учета и отчетности одинаковы для всех психологов психоневрологических учреждений, в том числе и не объединенных в лаборатории.

II. МЕТОДЫ (МЕТОДИКИ) ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДИКИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ И СЕНСОМОТОРНЫХ РЕАКЦИЙ

Корректурная проба. Методика направлена на исследование внимания — выявляется способность к концентрации его, устойчивость. Корректурная проба впервые была предложена B. Bourdon в 1895 г.

Исследование производится при помощи специальных бланков с рядами расположенных в случайном порядке букв. Инструкция предусматривает зачеркивание одной или двух букв (выбор их определяется исследующим). При этом каждые 30 или 60 с исследующий делает отметку в том месте таблицы, где в это время находится карандаш больного. Регистрируется также время, затраченное испытуемым на выполнение всего задания.

Проверка выполнения производится по заранее тщательно подготовленному образцу путем сопоставления. Отмечается количество ошибок и темп выполнения задания. Существенное значение имеет распределение ошибок в течение опыта —равномерно ли они встречаются во всей таблице, или наблюдаются преимущественно в конце исследования в связи с истощаемостью. Учитывается характер ошибок — пропуски отдельных букв или строчек, зачеркивание других, расположенных рядом или внешне похожих букв. В ряде случаев целесообразно повторное исследование, изменение результатов при этом может свидетельствовать не только об изменении состояния больного, но и об особенностях его отношения к исследованию. При органической церебральной патологии обследуемому часто не удается улучшить качество выполнения задания. Здоровые обследуемые выполняют задания (вычеркивают две буквы на приведенном бланке) за 6—8 мин и допускают при этом не более 15 ошибок.

С. Я. Рубинштейн (1970) рекомендует графическое отображение результатов корректурной пробы. На графике совмещаются две кривые — изменение скорости работы (по количеству просмотренных за единицу времени букв) и изменение точности (по количеству ошибок в те же интервалы времени). Такие графики позволяют в динамике выявить утомляемость больных, неустойчивость их внимания либо, наоборот, их врабатываемость, проявляющуюся в улучшении качества работы. Корректурная проба отличается большой простотой, она не требует специальных приспособлений, кроме бланков, карандаша и секундомера. В зависимости от стоящей перед патопсихологом задачи она может быть легко модифицирована.

Счет по Крепелину. Методика была предложена E. Kraepelin в 1895 г. для исследования работоспособности — упражняемости и утомляемости. В большой столбец записывалось много однозначных чисел, которые испытуемый должен складывать в уме. Результаты оценивались по количеству сложенных в определенный промежуток времени чисел и допущенных при этом ошибок.

Мы пользуемся этой методикой в модификации R. Shulte — обследуемый производит сложение в столбцах, состоящих лишь из двух цифр. Чтобы уменьшить затрату времени на выполнение задания, R. Shulte предложил при получении в сумме двухзначного числа записывать только

единицы, отбрасывая десяток. Например:

3	7	5	8	4	6
2	4	2	2	3	8
5	1	7	0	7	4

Однако это затрудняет для некоторых больных выполнение задания и поэтому не обязательное условие.

Для проведения опыта необходим специальный бланк. При отсутствии бланков, отпечатанных типографским путем, их можно напечатать на пишущей машинке (обязательно четко, желательно первый или второй экземпляр). Больному дается инструкция— производить сложение чисел в столбцах. Его предупреждают о том, что исследующий будет делать свои пометки. Каждые 30 с или каждую минуту исследующий делает отметку в том месте, где в это время остановился больной, затем подсчитывает количество сложений и допущенных ошибок для каждого отрезка времени. В результате с помощью графической интерпретации данных можно получить кривые работоспособности, которые отражают равномерность и темп выполнения задания, выявляют наличие истощаемости, врабатываемости, расстройства внимания.

Проведение исследования с помощью этой методики не требует особой грамотности испытуемого, однако могут сказаться его профессиональные навыки. Так, счетные работники при исследовании с помощью таблиц Крепелина могут демонстрировать неплохие результаты, хотя в других методиках (например, в корректурной пробе) у них выступает явная истощаемость. М. А. Докучаева (1967) указывает на роль некоторых личностных особенностей, свойств темперамента, влияющих на темп работоспособности. Это должно учитываться при проведении опыта. По первоначальному темпу работоспособности выводы делать нельзя, его следует сравнивать с деятельностью обследуемого в дальнейшем.

Отсчитывание. Методика была предложена E. Kraepelin. При исследовании ею обнаруживаются возможности осуществления испытуемым счетных операций, состояние внимания. Опыт заключается в отсчитыванин от 100 или 200 все время одного и того же числа. Испытуемого предупреждают, что считать он должен про себя, а вслух только называть полученное при очередном вычитании число. В промежутках между числами исследующий равномерно ставит точки (приблизительный хронометраж). Можно фиксировать длительность пауз секундомером. Запись опыта приобретает следующий вид:

(100—7) ..93...86...79...72...65...58.51 ..44..37.30.23.16.2.

При наличии повышенной истощаемости длительность пауз в конце, несмотря на то что задание становится более легким, увеличивается. Возможны два вида ошибок. Первый — ошибки в единицах и главным образом при переходе через десяток—свидетельствует о некоторой интеллектуальной недостаточности, например:

(100—7)..93 ..... 85 .... 78..71....64....58 и т. д.

Второй — ошибки в десятках — характерен главным образом для больных с неустойчивым вниманием. Например:

93...86...69..62 .... 55…38ит.д.

При выраженном слабоумии с недостаточностью критики (например, при прогрессивном параличе) отсчитывание ведется вопреки инструкции и вместо 7 вычитается 10, вместо 17—20. Причем эти ошибки не всегда удается корригировать. При ошибочном выполнении задания можно либо указать больному на допущенную ошибку, либо, доведя опыт до конца, повторить его сначала.

Отыскивание чисел по таблицам Шульте. Методика применяется для исследования темпа сенсомоторных реакций и особенностей внимания. Исследование производится с помощью специальных таблиц, изготовление которых несложно. На этих таблицах в беспорядке расположены числа от 1 до 25. Размер таблицы—60Х Х60 см. Обследуемый находится на таком

расстоянии от таблицы, чтобы видеть ее целиком. Ему дается инструкция отыскивать числа по порядку, каждое показать указкой и назвать вслух. Секундомером отмечается время, которое затрачивается на каждую таблицу. Можно отмечать количества чисел, найденных обследуемым за каждые 3Ос, либо время, за которое обследуемый находит каждые пять чисел.

Для оценки результатов сравнивают время, затрачиваемое обследуемым на каждую таблицу или в пределах одной таблицы сравнивают показатели деятельности обследуемого за определенные отрезки времени. Результаты можно выразить графически. Существенное значение имеет установление равномерности темпа выполнения задания. Обычно здоровые обследуемые ведут поиск чисел в таблицах равномерно, а иногда даже наблюдается у них ускорение темпа сенсомоторных реакций в последующих таблицах. Если же поиск ведется неравномерно, то следует уточнить характер этого явления — признак ли это повышенной истощаемости или запоздалой врабатываемости. Известное значение может иметь «кривая истощаемости», построенная графически на основании результатов опыта, так как она может объективно отражать характер астении. Так, при гиперстеническом варианте астении кривая истощаемости по таблицам Шульте (как и в счете по Крепелину) характеризуется высоким начальным уровнем, резким его спадом и тенденцией к возврату к исходным показателям. При гипостенической форме астении кривая истощаемости отличается невысоким исходным уровнем и постепенным и неуклонным снижением показателей, без заметных их колебаний в сторону улучшения. Обнаружение такого рода кривых имеет не только клинико-диагностическое значение, но может быть использовано и для вынесения прогностических суждений. Гиперстеническая форма астении в прогностическом отношении благоприятнее гипостенической. Обнаружение у одного и того же больного смены гиперстенической формы кривой истощаемости гипостенической может рассматриваться как признак прогредиентности заболевания и, в частности, способствует дифференцированию атеросклеротической астении от наблюдающихся в пожилом возрасте соматогенных или психогенных астенических состояний.

Иногда при выраженных расстройствах активного внимания больной допускает в работе ошибки—пропускает отдельные числа, показывает вместо одного другое, внешне похожее (например, 8 вместо 3). Сочетание нарушенного внимания и повышенной истощаемости проявляется в увеличении количества ошибок в каждой последующей таблице. В некоторых случаях наблюдается ошибка такого рода — искомое однозначное число показывается в двухзначном, в состав которого оно входит. Так, например, вместо того, чтобы показать число 2, обследуемый указкой находит цифру 2 в числах 12 или 22. Иногда при наличии слабоумия это зависит от плохого понимания инструкции и после дополнительного объяснения характера выполнения задания можно все же добиться от обследуемого преодоления этой ошибки. При нарочитом же поведении дополнительная инструкция не меняет положения дела, вызывает возражения у обследуемого: «А это разве не 2? Вы просили находить числа, вот я их и нахожу».

Таблицы Шульте обладают равной степенью трудности, они почти не запоминаются и поэтому в процессе исследования их можно использовать повторно.

Пробы на переключение. При патопсихологическом исследовании пробы на переключение могут быть использованы для суждения о подвижности психических процессов, хотя этим не определяется все значение полученных с их помощью данных: в процессе исследования устанавливается степень сохранности словарного запаса, произведения счетных операций и т. д.

Следует заметить, что иногда инертность психической деятельности обнаруживается уже в затруднениях, испытываемых больным в переключении от одного задания к другому. В этих случаях испытуемый последующее задание пытается выполнить по образцу предыдущего (например, при словесном варианте исключения пытается следовать модусу, выработанному при выделении существенных признаков) либо же включает в решение слова из предыдущего

задания.

Методика М. С. Лебединского заключается в назывании больным поочередно пар слов, обозначающих одушевленные и неодушевленные предметы. В протоколе регистрируются называемые испытуемым слова и время между называнием отдельных пар, например:

собака — лошадь 2 с шкаф
— кровать 1,5 с кошка —
воробей 1,9си т.д.

При исследовании этой методикой инертность психических процессов обнаруживается не только в нарушении чередования, но и в том, что называемые слова ограничиваются определенным кругом понятий (например, из одушевленных—только звери или насекомые, из неодушевленных — только мебель или транспорт) и в повторении одних и тех же слов.

Чередование антонимов и синонимов. Эта методика предложена нами для выявления инертности психических процессов у больных с органической церебральной патологией и при известной интеллектуально-мнестической сохранности (при начальных стадиях церебрального атеросклероза). Приступая к исследованию, необходимо иметь заранее подготовленный набор слов, к которым здоровому человеку нетрудно подобрать как синонимы, так и антонимы. Испытуемому дается инструкция поочередно подбирать и называть синонимы и антонимы к словам, которые он сейчас услышит. Примерный набор слов:

Друг — (приятель, враг) печаль —
(грусть, радость) храбрый —
(смелый, трусливый) могучий —
(сильный, слабый истина —
(правда, ложь жадный — (скупой,
щедрый) юность — (молодость,
старость) горе — (беда, счастье) и
т. д.

Сложение с поочередно меняющимися слагаемыми. Испытуемому предлагают к какому-либо числу поочередно прибавлять два других, например, к 7 добавить 5, к сумме —6, затем к образовавшейся сумме вновь 5, затем — вновь 6 и т.д. При этом вслух испытуемый произносит лишь результативные числа. Произведение ям всей операции сложения вслух значительно облегчает выполнение задания. В протоколе ход решения задания здоровым испытуемым приобретает следующий вид:

7....12...18...23....29ит. д.

При этом возможны ошибки чередования, наблюдающиеся преимущественно вначале (больные эпилепсией) либо в конце в связи систощаемостью (при церебральном атеросклерозе), либо (при грубой органической церебральной патологии) в течение всего задания.

Поочередное вычитание. Эта методика является модификацией методики отсчитывания. Однако от 100 или 200 отсчитывается не одно и то же вычитаемое, а два чередующихся, например 7 и 8. В записи это приобретает следующий вид:

100..93. ...85. ..78. .70.63. ..55. ..48. .40 и т. д.

Эта методика представляется нам более трудной, чем предыдущая, при ней значительно легче обнаруживаются не только инертность психических процессов, но и особенно их истощаемость.

Исследование переключения внимания с помощью модификации таблиц Шульте. Методика предложена Ф. Д. Горбовым (1959, 1964) и используется в психологии труда. Она

Koob.ru

выявляет инертность психических процессов, при проведении хронометража отдельных этапов работы обследуемого позволяет также установить наличие повышенной истощаемости.

Для исследования используется таблица, разделенная на 49 клеток (7 на 7), в которых в случайном порядке расположены черные и красные цифры. Числа черного ряда —от 1 до 25, красного ряда—от 1 до 24. Согласно инструкции, обследуемый должен вначале отыскать указкой черные числа в возрастающем порядке, а затем последовательно, в убывающем порядке показать красные числа. Регистрируется затраченное на это обследуемым время. Затем дается другая инструкция: показывать черные и красные числа попеременно и в ином порядке — 1 — черное и 24 — красное, 2 — черное и 23 — красное, 3 — черное и 22 — красное и т. д. Как правило, время на поиск чисел при необходимости переключения внимания оказывается большим, чем то, которое затрачивается на отыскание их по порядку. Этот показатель и характеризует состояние способности к переключению внимания у обследуемого.

Для обследования больных с помощью этой методики таблицу следует предварительно проверить на здоровых и получить показатели, характерные для нормы именно по данной таблице.

Ю. Г. Степанов (1974) для характеристики внимания предложил пользоваться коэффициентом переключаемости внимания, вычисляемым по формуле:

$$К = 2\frac{ti}{К}$$

где ti — среднее время, показанное на 4 таблицах Шульте, t_2 — среднее время выполнения задания по таблицам Горбова, удваиваемое в связи с тем, что объем задания по таблицам Горбова в 2 раза превышает объем задания в таблицах Шульте. Проведенные им исследования показали статистически достоверную разницу в коэффициенте переключаемости у больных туберкулезом легких в сравнении с контрольной группой здоровых.

Корректурная проба с переключением. Обследуемому дается напечатанный текст, лучше всего 10—15 строчек корректурной таблицы. Инструкция предусматривает вычеркивать каждую третью букву. Фиксируется время, затраченное на выполнение задания. На втором этапе обследуемому предъявляется аналогичный текст и дается указание зачеркивать поочередно в одной строке каждую третью букву, а в последующей — каждую четвертую букву. В качестве текста для исследования можно использовать страницы журнала, брошюры — в определенном количестве строчек и в пределах одного абзаца. Обязательна предварительная апробация материала опыта на здоровых испытуемых, так как от шрифта, количества строчек, букв в строчке зависит время, затрачиваемое на выполнение задания.

Мы использовали для исследования части бланков для корректурной пробы, содержащие по 12 строчек букв.

У здоровых испытуемых с обычным темпом психической деятельности время выполнения второй части задания существенно не отличалось от времени, затраченного на его первую половину. Нередко корректурная проба с переключением выполняется здоровыми даже быстрее, чем обычная. Здесь существенную роль играет врабатывание, а также то, что вычеркивание в половине строчек четвертой буквы происходит несколько быстрее.

МЕТОДИКИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ

Существует множество специальных методик для исследования памяти, разработанных как в общей психологии, так и в области прикладной психологии. Исследование памяти имеет важное значение и в патопсихологии, так как разные по своей структуре расстройства памяти наблюдаются при многих психических заболеваниях, особенно обусловленных органическим

поражением головного мозга. Особенности нарушений памяти могут помочь патопсихологу не только высказать предположение о характере заболевания, его нозологической принадлежности, но и о стадии течения патологического процесса.

Результаты, получаемые с помощью этих методик, свидетельствуют не только о состоянии функции памяти. В пробах на память отражаются состояние активного внимания, явления повышенной истощаемости психических процессов. Осуществление мнестической функции зависит и от течения мыслительных процессов. Особенно велика роль мышления в методах исследования опосредованного запоминания. На функцию запоминания существенное влияние оказывает состояние аффективно-волевой сферы больного.

Однако, несмотря на вышесказанное, преимущественное назначение методик, о которых будет идти речь в настоящем разделе,— это исследование памяти. Из многочисленных когда-либо предлагавшихся способов исследования памяти отобраны наиболее простые по своему осуществлению, не требующие для проведения опыта специальной аппаратуры и в то же время позволяющие патопсихологу достаточно полно судить о характере имеющихся у больного мнестических нарушений.

Тест зрительной и слуховой памяти. Методика приводится нами в описании R. МеШ (1961) и состоит из двух этапов.

Первый этап заключается в исследовании зрительной памяти с помощью двух серий картинок. Каждая серия — 30 картинок, на которых изображены определенные предметы. Картинки предъявляются с интервалом в 2 с одна за другой. Лучше всего соединить их двумя скрепками по образцу перекидного календаря.

Первая серия: горшок, осел, ключ, тачка, колокольчик, стол, вишня, сапог, вилка, рыба, бочка, голова, буфет, роза, паровоз, кресло, флаг, петух, ножницы, зонтик, ваза, корова, диван, голубь, часы, старик, очки, лампа, нога, пианино.

Вторая серия: ракушка, кровать, труба, груша, метла, коза, букет, трамвай, пила, стул, мальчик, молоток, бутылка, подвода, ра.сческа, пушка, дерево, яблоко, книжка, шляпа, дом, собака, скамейка, дверь, чашка, река, печь, скрипка, портсигар, конь.

После показа картинок первой серии делают перерыв на 10 с, а затем проверяют, сколько предметов запомнил обследуемый. Инструкция сообщает обследуемому, что предметы можно называть в любом порядке. Называемые предметы регистрируются, так как возможны повторения и привнесение не фигурировавших в задании. Обе серии картинок по мере возможности следует предъявлять не в один и тот же день. Кроме того, в тот день, когда проводилось исследование зрительной памяти, обследуемому нельзя предъявлять для запоминания ряд слов.

При обнаружении значительной разницы в результатах и исключении возможной роли в этом факторов внешней среды можно думать о лабильности мнестической функции, слабости концентрации внимания.

Аналогичным образом проводят исследование слуховой памяти с помощью специально подготовленных двух серий слов, также произносимых с интервалом в 2 с.

Первая серия: картон, неделя, вагон, пианино, ворона, звонок, карта, пчела, крошка, перо, охотник, уголь, белка, парнишка, тополь, груша, скатерть, суп, плащ, кот, нож, промокашка, уксус, цветок, труд, небо, спичка, чернила.

Вторая серия: таблица, крестьянин, рубль, ботинок, домна, пригорок, очки, вода, баран, ружье, туча, карандаш, самокат, козел, змея, слива, кушетка, лягушка, пробка, телега, нос, берег, салон, отель, овод, мыло, сковорода, птица, салат, замок.

Полученные результаты могут быть подвергнуты количественному измерению в процентах. Так, успешность выполнения задания взрослыми приравнивается к 100 % при воспроизведении 18—20 зрительных образов и 20—22 слов, к 80%— 15—16 образов или слов, к 60%—14 образов и 13—14 слов, к 40%— 12—13 образов и 13 слов, к 20%— 11—12 образов и 9—11 слов.

Описанная методика относится к методам определения удержанных членов ряда. Для патопсихолога может оказаться более полезным метод выучивания, позволяющий исследовать мнестическую функцию в деятельности в зависимости от объема заучиваемого материала и его характера. При этом можно получить более полную характеристику динамики процесса активного запоминания, проверка запомнившегося через определенные интервалы времени характеризует забывание. Можно проследить, какие слова лучше запоминаются, зависит ли это от их расположения в ряду, от частоты их употребления в жизни обследуемого, от его профессиональных интересов, от участия в запоминании ассоциативных процессов. С этой целью обычно используются пробы на запоминание.

Пробы на запоминание.

Пробы на запоминание искусственных (несмысловых) звукосочетаний. Обследуемому зачитывают 10 двухсложных звукосочетаний («ролам», «вакар», «сига» и т.п.) и просят повторить те, которые он запомнил, безразлично в каком порядке. Затем исследующий повторно зачитывает эти звукосочетания. Здоровые обследуемые полностью их воспроизводят после 5—7 повторений.

Проба на запоминание 10 слов. При этом обследуемому зачитывают 10 двухсложных слов. Подбирать заучиваемые слова следует так, чтобы между ними трудно было установить какие-нибудь смысловые отношения. Если это не предусмотреть, обследуемый может облегчить для себя задание, использовав мнемотехнические приемы.

Обычно здоровые обследуемые воспроизводят 10 слов уже после 3—4 повторений (иногда, при тренированной памяти — после 2 повторений). Через 20—30 мин обследуемого просят повторить запомнившиеся ему слова. В случаях, где ослабление памяти определяется клинически, это проделывают раньше, через 10—15 мин. В этом промежутке желательно избегать заданий, связанных с запоминанием словесного материала, можно провести исследование таблицами Шульте, корректурную пробу и т. д.

В протоколе опыта отмечаются называемые больным (правильно и ошибочно) слова.

Представляет интерес сопоставление результатов пробы на запоминание с «уровнем притязаний» обследуемого (А. Р. Лурия, 1962). «Уровень притязаний» зависит от оценки больным своих возможностей, от результатов, достигнутых в предшествующем опыте. С этой целью обследуемого перед каждым очередным повторением спрашивают, сколько слов он берется запомнить. Сопоставление «уровня притязаний» с реальными результатами позволяет судить в некоторой степени об оценке больным своего состояния. Так, при органических поражениях головного мозга, когда страдает рассудительное отношение больного к своему состоянию, «уровень притязаний» значительно превышает достигнутые результаты.

Результаты пробы на запоминание могут быть отображены графически. По кривой запоминания удобно анализировать особенности заучивания. При истощаемости мнестической функции кривая запоминания носит зигзагообразный характер.

Проба на запоминание выявляет и наличие сужения объема внимания. В этих случаях обследуемый в следующем повторении, называя новые слова, уже не воспроизводит слов, фигурировавших в предыдущем туре. При этом суммарные результаты после каждого повторения мало отличаются.

Проба на ассоциативную память. Обследуемому зачитывают десять пар относительно однородных слов, между которыми легко устанавливаются смысловые связи. Например: река— море, яблоко — груша и т. д.

Исследующий зачитывает эти слова, четко отделяя пары паузами. Затем он зачитывает первое слово каждой пары, а обследуемый называет второе слово. Обычно здоровые обследуемые выполняют задание после двух повторений, а иногда сразу, после первого зачитывания слов. Проба на ассоциативную память является одним из вариантов исследования опосредованного запоминания. Известно много модификаций этой методики. В частности, одна из них входит в состав шкалы памяти Векслера. Учитывая возможное различие характера ассоциативных отношений и желая проследить, как это различие сказывается на запоминании, Ю. А. Машек (1973) предложил следующую модификацию. Обследуемому для запоминания предлагается 10 групп парных ассоциаций, составленных по определенному принципу смысловой связи. Это различные отношения понятий; противоположные понятия (юг — север, любовь—ненависть), понятия различной величины (холм—гора, страх—ужас), вместилище и вмещаемое (графин—вода, шкаф— одежда), причина и следствие (укол—боль), часть и целое (слово—фраза, зерно—колос), орудие и объект труда (земля— лопата), абстрактные и конкретные понятия (искусство — картина). Далее предлагались пары слов, образующие суждение (орел— птица), привычные словосочетания (точка—тире), трудносочетаемые слова (курица—портсигар). После проверки запоминания каждой группы слов устраивается перерыв на 2 мин, а после предъявления пяти групп — на 30 мин. Сопоставление получаемых результатов у одного и того же больного при исследовании пробами на запоминание позволяет судить о большей или меньшей сохранности механической и логической (смысловой) памяти, сравнить показатели непосредственного и опосредованного запоминания.

Опосредованное запоминание. Методика разработана А. Н. Леонтьевым (1928) для исследования логического, или опосредованного, запоминания. Результаты исследования свидетельствуют не только о состоянии памяти, но и об особенностях мышления.

Исследование должно быть подготовлено заранее. Обследуемому зачитывается 10—15 слов и предлагают для того, чтобы их запомнить, подобрать к каждому подходящий по смыслу рисунок. На столе лежит 20—30 карточек с рисунками, предусматривающими различные возможности опосредования. Эти рисунки не должны служить прямой иллюстрацией к запоминаемым словам. Обследуемый должен установить смысловую связь между словом и рисунком, например, к слову «море» — пароход, «дождь» — зонтик и т. д. Каждый раз, подобрав нужный рисунок, обследуемый должен объяснить мотивы своего решения. Затем проверяют, насколько подобранные рисунки помогают обследуемому воспроизводить заданные в начале опыта слова и тем самым получают впечатление о состоянии у него логической памяти.

Эта методика в определенной степени позволяет судить и об интеллектуальном уровне обследуемого — слабоумным больным опосредованное запоминание недоступно.

В некоторой степени по результатам можно судить о характере ассоциаций у обследуемого: насколько они адекватны, насколько изображенный рисунок соответствует заданному слову. Однако возможности исследования ассоциативного процесса этой методикой ограничены, предопределены произведенным до исследования подбором вспомогательных рисунков.

Психометрическое исследование памяти с помощью шкалы Векслера. Все методики, направленные на исследование памяти, характеризуются обязательным количественным определением получаемых с их помощью результатов. Благодаря этому полученные в эксперименте данные «измерения» мнестической функции могут быть использованы для характеристики степени психического дефекта, а также для обнаружения динамики состояния то ли под влиянием текущего патологического процесса, то ли в связи с проводимым лечением. Однако все перечисленные выше приемы преследуют цель изучения какой-либо одной из сторон функции памяти. Получаемые с их помощью результаты трудно сопоставимы. Поэтому для патопсихолога может представить интерес так называемая шкала памяти Векслера (Wechsler Memory Test, 1946).

Шкала памяти Векслера состоит из серии методик. Получаемые с их помощью результаты суммируются, при этом учитывается специальная поправка на возраст. Исследователь получает возможность оценить память по данным эксперимента не только с помощью суммарных показателей, но и по разбросу, по отклонению результатов выполнения отдельных заданий от каких-то средних величин. При всей дискуссионности применения психометрических методов в патопсихологии следует отметить, что шкала памяти лишена одного из серьезных недостатков, присущих многим психометрическим тестам для исследования интеллекта: в ней исследователь имеет дело со сравнительно однородным в информативном отношении материалом. Учитывая относительное значение суммарных показателей, получаемых с помощью шкалы памяти, можно думать, что накопление результатов исследований клинически четко очерченных групп психически больных с различной степенью мнестического снижения снабдит патопсихолога средними ориентировочными показателями.

Шкала памяти Векслера состоит из 7 методик-субтестов. Исследование по ним проводится в один прием и регистрируется на специальном бланке.

I субтест заключается в проверке знания обследуемым личных и общественных данных. Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл. Максимально в этом субтесте обследуемый может набрать 6 баллов.

II субтест—определение ориентировки. Проверяется знание обследуемым текущего года, месяца, дня, где он в настоящее время находится, в каком городе. Оценка ответов та же, что и в предыдущем субтесте. Максимальный результат — 5 баллов.

III субтест — психический контроль состоит из трех заданий. Первое — отсчитывание от 20 в обратном порядке. Второе — повторить по памяти алфавит от А до *Я.* Третье задание — называние чисел от 1 до 40 через 3 единицы. В этом субтесте исследующий не должен оказывать обследуемому помощи.

Если задание по отсчитыванию от 20 выполнено без ошибок и за время до 30 с, результат оценивается в 2 балла, при наличии одной ошибки, но за то же время —1 балл. При правильном выполнении задания быстрее чем за 10 с результат оценивается в 3 балла.

При воспроизведении алфавита без ошибок за время от 10 до 30 с—2 балла, если допущена одна ошибка, но время на выполнение задания не превышено,—1 балл. Безошибочное выполнение задания менее чем за 10 с—3 балла.

Счет до 40 без ошибок за 20—45 с оценивается в 2 балла. При одной ошибке и при своевременном выполнении задания за время до 20 с к оценке прибавляется дополнительный балл. Максимальная оценка результатов в III субтесте—9 баллов.

IV субтест направлен на проверку логической памяти и сводится к запоминанию двух рассказов. В каждом рассказе можно выделить 23 смысловые единицы. Пересказ тщательно записывается. Отмечается количество репродуцированных обследуемым смысловых единиц по каждому рассказу, затем подсчитывается среднее арифметическое. Максимальная оценка в ** субтесте—23 балла.

V субтест — воспроизведение цифр в прямом и обратном порядке — аналогичен одному из субтестов метода Векслера для исследования интеллекта. Обследуемому зачитывают ряд цифр. В каждом последующем ряду на одну цифру больше, чем в предыдущем. В первом ряду содержится 4 цифры, расположенные в случайном порядке, в последнем — 8 цифр. Исследующий отмечает последний ряд, который обследуемому удалось воспроизвести. Затем дается инструкция воспроизводить ряды цифр в обратном порядке. Предполагая наличие у обследуемого интеллектуального снижения, инструкцию можно подкрепить примером. Во второй серии опыта количество цифр в ряду нарастает от 3 к 7. И здесь аналогично регистрируются результаты.

Оценка по субтесту производится сложением результатов, полученных в обеих сериях. Максимальная оценка в этом субтесте 15 баллов.

Если обследуемый не в состоянии воспроизвести в обратном порядке ряд из 3 цифр, ему предлагают повторить таким способом 2 цифры и результат оценивают в 2 балла.

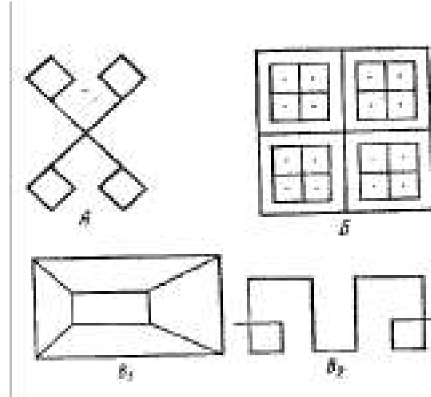
VI субтест — визуальная репродукция. Обследуемому предлагают посмотреть на четыре геометрических рисунка (рис. 1). Экспозиция —10 с. Затем он должен воспроизвести их на бланке опыта.

Оценка производится следующим образом.

В фигуре А — наличие двух перекрещенных линий с флажками, независимо от их направленности —1 балл; правильно поставленные по отношению друг к другу флажки — 1 балл; точность, равные линии, поставленные под правильным углом,—1 балл. Максимум — 3 балла.

В фигуре Б—большой квадрат с двумя диаметрами— 1 балл; четыре малых квадрата в большом квадрате— 1 балл; два диаметра со всеми мелкими квадратами— 1 балл; 16 точек в малых квадратах—1 балл; точность в пропорциях—1 балл. Максимум—

Рис. 1. Образцы рисунков для исследования визуальной репродукции в шкале па.мяти Векслера



5 баллов. При наличии лишних линий результат оценивается 3 баллами.

В фигуре Bi — маленький прямоугольник в большом — 1 балл; все вершины внутреннего прямоугольника соединены с вершинами наружного — 1 балл; маленький прямоугольник точно размещен в большом—1 балл. Максимум— 3 балла.

В фигуре $В_2$ — открытый прямоугольник с правильным узлом на каждом краю — 1 балл; правильно воспроизведенные центр и правая или левая сторона — 1 балл; правильная фигура за исключением одного узла — 1 балл; правильно воспроизведенная фигура в приблизительно верных пропорциях — 3 балла. Максимум 3 балла.

Общая максимальная оценка результатов по VI субтесту —14 баллов.

VII субтест—парные ассоциации. Обследуемому зачитывают 10 пар слов, близких или отдаленных в ассоциативном отношении. Первые 6 пар — «легкие ассоциации», вторые 4 пары — «трудные ассоциации». При первом прочтении они расположены вперемешку. Затем трижды, каждый раз в другом порядке, зачитывают первые слова каждой пары и проверяют запомнившиеся ассоциации.

Приводим примеры применяемых для исследования пар ассоциаций: «легкие» — утро — вечер, серебро — золото; «трудные» — капуста — перо, стакан — петух.

Правильный ответ подкрепляется репликой исследующего «хорошо», при неправильном — указывают на ошибку. Пауза между сериями — 10 с. Как правильный учитывается ответ в течение 5 с. Оценка производится сложением суммы удавшихся обследуемому «легких ассоциаций», разделенной на 2, с суммой удавшихся «трудных ассоциаций».

Затем суммируются результаты по всем субтестам, их сумма составляет абсолютный показатель (АП). По специальной таблице производится поправка на возраст. С помощью другой таблицы корригированный показатель приводится в соответствие с показателями интеллекта по шкале для исследования интеллекта.

Анализ шкалы памяти показывает, что она состоит из обычно употребляемых для исследования памяти методик; с их помощью определяется состояние кратковременной и

долговременной памяти, оценивается логически-смысловая и ассоциативная память, характеризуется способность к репродукции зрительных образов. При этом учитывается состояние активного внимания, возможности воспроизведения привычного ряда и его деавтоматизации. Для возможности сравнения результатов выполнения отдельных субтестов была разработана специальная таблица (мнемограмма), позволяющая переводить пересчет показателей по отдельным субтестам в систему вторичных баллов. Приводим пример вычисления результатов исследования. Обследуемый, 42 лет, выполнив все задания по шкале памяти, набрал 64 балла. Это его абсолютный показатель (АП). Найдя в таблице соответствующую возрастную прибавку, мы получаем результат 104 (64 балла + 40 баллов возрастной прибавки). Это корригированный показатель (КП) обследуемого. С помощью специальной таблицы он преобразовывается в эквивалентный показатель памяти (ЭПП) — ПО. Это значит, что память обследуемого соответствует интеллекту с показателем интеллекта (IQ), равному ПО. Таким образом, исследующий как бы получает возможность (при параллельном исследовании интеллекта и установлении его истинного уровня) убедиться в соответствии или несоответствии интеллектуального уровня и состояния мнестической функции. На практике это не всегда оказывается так. Особенные затруднения исследующий испытывает при определении эквивалентного показателя памяти в начальной стадии заболевания. Здесь возрастная прибавка и пересчет в ЭПП часто нивелируют снижение памяти. Поэтому нами был введен показатель продуктивности памяти. Аналогично тому как D. Bromley при изучении интеллекта стареющих соотносила абсолютные данные не с истинным возрастом, а с возрастом «пика» биологического и интеллектуального развития индивидуума (16—25 лет), мы к абсолютному показателю памяти прибавляли возрастную прибавку для возраста 16—25 лет. Такой показатель более четко выявляет начальное снижение памяти. Кроме того, ЭПП представляется нам недостаточно приемлемым для индивидуальных исследований и потому, что мы не знаем исходного, преморбидного, состояния интеллекта и памяти у обследуемого.

Конечно, одни лишь количественные показатели по шкале памяти Векслера не дают полной характеристики мнестической функции обследуемого. Для этого необходим тщательный качественный анализ выполнения заданий по отдельным субтестам.

Тест зрительной ретенции Бентона. Тест предложен A. L. Benton (1952) для исследования запоминания рисунков различных форм. Рисунки, с помощью которых производится проба Бентона, объединены в три формы —С, D, Е. Все эти три формы эквивалентны и состоят каждая из 10 карточек-образцов. На карточке изображено несколько простых геометрических фигур. Время экспозиции карточки — 10 с. Затем обследуемый должен воспроизвести нарисованные на карточке фигуры по памяти. При этом оценка ответа производится по количественному и качественному показателям. Количественная оценка ответа несложна, правильное репродуцирование оценивается в 1 балл, неправильное — в 0 баллов. Сравнивая соотношение правильно и неправильно выполненных заданий, мы получаем своеобразный показатель умственного ущерба. Имеются также две дополнительные формы F и I, каждая из них содержит по 15 карточек. На каждой карточке—4 набора фигур.

Более интересен качественный анализ получаемых с помощью , теста Бентона результатов. A. L. Benton составлена специальная , таблица возможных ошибочных репродукций каждой картинки-образца. При этом различаются ошибки, наблюдающиеся у здоровых людей, и ошибки, типичные для органической церебральной патологии.

По данным J. Poitrenand и F. Clement (1965), тест Бентона весьма эффективен для геронтопсихологических исследований. На большой группе обследованных обнаружено заметное возрастание числа «органических» ошибок с возрастом, особенно после 60 лет. Кроме того, было проведено сравнение результатов, полученных с помощью теста Бентона при обследовании практически здоровых лиц и страдающих органической церебральной патологией. Получены также статистически достоверные данные, свидетельствующие ; о том, что тест

Бентона отчетливо выявляет органическую патологию. Исследование, проведенное у этих двух групп в возрастном аспекте, показало, что указанная разница данных с возрастом значительно уменьшается. Отмечено, что наличие одной «органической» ошибки возможно и у психически здоровых лиц, что может быть объяснено фактором переутомления. Наличие двух «органических» ошибок представляет большую редкость даже у очень старых обследуемых, психически здоровых.

Например, на картинке для исследования по Бентону нарисованы две главные, крупные фигуры и одна мелкая. Типичные для здоровых людей ошибки: обследуемый забыл нарисовать одну из фигур, но он сознает это и оставил для нее пустое место, либо он изменил расположение фигур на рисунке, поставив маленькую фигуру в правый верхний угол. Могут быть и другие ошибки такого рода, при которых перемещаются те или иные фигуры, но все они не считаются патогномоничными для органического поражения головного мозга.

Примеры «органических» ошибок: больной разделил (позиция Bi) на фрагменты одну из основных фигур (иногда такое расчленение оригинала приводит к невозможности опознания фигуры-образца) либо воспроизвел все фигуры в одной величине (B_2). Выделено около десяти типов ошибок такого рода.

Рис 2. Карта-образец в тесте Бентона

Наиболее типичные ошибки, встречающиеся у здоровых обследуемых: перестановка главной фигуры справа налево, неправильное перемещение главной фигуры по вертикали, поворот вокруг оси малой или большой фигур, сознательный пропуск малой фигуры, сознательный пропуск элементов фигуры, поворот вокруг оси или перемещение элементов фигуры.

Примеры «органических» ошибок: полный или частичный пропуск малых фигур, повторение (дубликация) малых фигур, дубликация основной фигуры, расположение периферической фигуры между главными или внутри главной, поворот фигур на рисунке на 90 °

Примеры «тяжелых» ошибок, наиболее часто наблюдающихся при явной органической церебральной патологии: тенденция к деформации фигур по размерам, повторение главной фигуры в одном и том же образце, повторение элементов фигуры в образце, контаминация (сплавление) фигур, тенденция к персеверации фигур, значительное искажение фигур, вставки в фигуры, полный пропуск .образца.

МЕТОДИКИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ И ТЕЧЕНИЯ МЫСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Складывание картинок из отрезков. Методика предложена А. Н. Бернштейном (1911) для исследования интеллектуального уровня.

Обследуемому предлагают (в возрастающей сложности) составить 6 рисунков, разрезанных на части. Первые 3 рисунка разрезаны на 4 части, а остальные — на большее количество отрезков. Первый и четвертый рисунки одинаковы, но разрезаны по-разному. Для повторных исследований желательно иметь несколько наборов, аналогично подобранных. Отрезки рисунка даются испытуемому без определенного порядка, перевернутыми. Составляться они должны без образца.

При выполнении задания обращается внимание не только на время и конечный результат, но обязательно должны регистрироваться особенности работы обследуемого. Так, правильное выполнение задания требует вначале анализа предъявленного обследуемому материала, после чего уже последовательно, планомерно из отдельных отрезков составляется рисунок.

Существенную роль при этом играет выделение опорных сигнальных деталей рисунка.

При интеллектуальной недостаточности такой анализ отсутствует и больные пытаются составить рисунок, прикладывая беспорядочно один отрезок к другому (по методу проб и ошибок). Такое выполнение задания свидетельствует об отсутствии у обследуемого плана.

Характер работы обследуемого может свидетельствовать и о нарушении критичности мышления, когда неправильно положенные отрезки оставляются им на месте, даже несмотря на подсказку исследующего.

Понимание рассказов. Это одна из наиболее давно употребляющихся методик психологического исследования. Результаты исследования свидетельствуют об осмыслении сюжета рассказа и о состоянии памяти обследуемого.

Для исследования применяются специально подобранные рассказы, чаще всего поучительного характера, притчи. Направленность задания в некоторой степени зависит от способа его проведения (С. *Я.* Рубинштейн, 1962). Так, если читать текст рассказа обследуемому, то этим облегчается восприятие смысла рассказа, но от обследуемого требуется более значительное сосредоточение внимания. Если же обследуемый сам читает рассказ, он повторным чтением легко компенсирует недостаточность внимания.

Затем обследуемому предлагают воспроизвести рассказ (устно или письменно). Обращается внимание на характер изложения—словарный запас, возможное наличие парафазии, темп речи, особенности построения фразы, лаконичность или, наоборот, чрезмерная обстоятельность. Существенное значение имеет следующее: насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, связывает ли он его с окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая сторона рассказа.

Понимание скрытого, переносного смысла рассказа часто бывает затруднено при интеллектуальной недостаточности, хотя пересказ при этом очень близок к заданному тексту.

Для проведения исследования необходимо приготовить серию текстов, отличающихся различной степенью сложности.

Могут быть применены и тексты с пропущенными словами (методика Эббингауза). Читая этот текст, испытуемый должен вставить недостающие слова, сообразуясь с содержанием рассказа и нередко ознакомившись с последующими фразами. При этом могут обнаруживаться нарушения критичности мышления — слова вставляются случайно, иногда лишь по ассоциации с близко расположенными к недостающему. Допускаемые при этом нелепые ошибки больной иногда не исправляет и после замечания исследующего.

Понимание сюжетных картин. Методика направлена преимущественно на исследование интеллектуального уровня и имеет много общего с предыдущей. Однако она отличается от понимания сюжетных рассказов тем, что в процессе исследования больше удается уловить весь ход рассуждений испытуемого и оценить особенности механизма осмысления в динамике (А. Н. Бернштейн, 1911).

Возможны различные варианты, модификации опыта. Основной заключается в показе больным специально подготовленной серии картин различной сложности, выполненных преимущественно в реалистической манере. Обычно с этой целью используют открытки-репродукции. Инструкция содержит просьбу к испытуемому охарактеризовать содержание картины. Описывая картину, обследуемый обнаруживает не только возможность понять ее сюжет, но и проявляет свой запас знаний, особенности речи (лексикон, грамматическая четкость, темп и т. д.), свое отношение к изображаемым событиям. Обычно здоровые обследуемые вначале анализируют картину (про себя или вслух), выделяют в ней второстепенные и основные детали. Затем, отвлекаясь от несущественного, они сопоставляют основные элементы, связывают их воедино, и таким образом происходит проникновение в сюжет картины.

Затруднение понимания сюжетных картин обнаруживается при состояниях,

характеризующихся интеллектуальной недостаточностью. Особенности речи при этом могут показывать обеднение словарного запаса, затруднения в поисках нужного слова, афатические и парафатические проявления, элементы олигофазии.

Очень полезным оказывается эта исследование при очаговой органической патологии. Так, при симультанной агнозии (затылочная локализация поражения) больные испытывают затруднения, заключающиеся в невозможности охватить сразу всю ситуацию, произвести зрительный синтез (А. Р. Лурия, 1962). В связи с этим .больные очень активно предлагают различные догадки о сюжете рисунка, в которых, однако, не отражаются истинные связи между различными компонентами, деталями рисунка.

При поражении лобных отделов головного мозга оценка картины производится без стадии предварительного анализа ее деталей на основе какого-либо фрагмента. При этом обычно игнорируются элементы, создающие эмоциональный фон картины (Э. Я. Евла-хова, 1957), в особенности нарушается восприятие мимики и жестов персонажей.

Для исследования может быть использован и другой вариант этой методики, когда обследуемому предлагают юмористические рисунки. В этих случаях задание нередко оказывается более сложным и, кроме того, полученные результаты позволяют судить о некоторых личностных особенностях обследуемого, о понимании им юмора, об умении откликнуться на шутку, о тенденции соотнести ситуацию юмористического рисунка со своим жизненным опытом.

Одним из вариантов этой методики можно рассматривать разработанный Н. К. Киященко (1965) вариант методики ТАТ. Если при исследовании методикой ТАТ обследуемому говорят, что опыт направлен на изучение его воображения, то при модификации Н. К. Киященко в инструкции сообщается, что исследуется восприятие больного. Таким образом, меняется установка обследуемого, он не стремится продемонстрировать возможности своего воображения. В оценке результатов обращается внимание на активность обследуемого, его отношение к содержанию рисунка, способность выделить эмоциональный подтекст рисунка.

Особое внимание умению обследуемого выделить эмоциональный подтекст картины придается в предложенной А. И. Лапицким (1970) методике «Сопоставление картин с эмоционально насыщенным сюжетом». Методика эта напоминает методику исключения — обследуемому предлагают 4 репродукции художественных картин, из которых одну он должен исключить по отличию ее эмоционального и тематического содержания. В то же время все четыре картины должны иметь некоторые общие формальные признаки (общность плана, перспективы и т. п,).

Методика апробирована А. И. Лапицким на здоровых обследуемых и больных шизофренией. При этом у больных шизофренией выявлена неспособность вчувствоваться в переживания других лиц (в данном случае персонажей картин), постичь их внутреннее состояние, намерения и замыслы.

Установление последовательности событий. Методика предложена А. Н. Бернштейном (1911) для исследования сопоставления, т. е. сравнительной оценки нескольких данных в их отношениях друг к другу. Для выполнения задания испытуемый должен установить различия в отдельных элементах рисунков и, руководствуясь ими, определить последовательность расположения сюжетных рисунков, установить связь событий, отраженных на этих рисунках.

Для исследования необходимо подготовить несколько серий сюжетных рисунков. Эти серии отличаются по степени сложности. С этой же целью используются рассказы в рисунках Бидструпа. Последние более сложны. Кроме того, при использовании карикатур характер задания несколько меняется—выявляется доступность для больного заложенного в сюжете компонента юмора. Для исследования могут быть использованы и картинки из соответствующих субтестов методик исследования Векслера и Мейли.

Обследуемому объясняют, что на картинках изображено какое-то событие, и, если он их

правильно, по порядку, разместит, то получится связный рассказ об этом событии.

Затем исследующий регистрирует в протоколе порядок расположения больным рисунков и записывает сопровождающую выполнение задания мотивировку решения, ход рассуждений. Если задание сразу выполняется ошибочно, то можно на это указать обследуемому и предложить начать все сначала. Важно отношение больного к обнаруженным ошибкам. В ряде случаев, особенно при ослабоумливающих органических заболеваниях головного мозга, оно свидетельствует о нарушении критичности мышления. Если больной, несмотря на подсказку исследующего, не может правильно расположить рисунки, то опыт можно упростить — серия сюжетных рисунков предлагается ему в правильном порядке и он должен лишь составить рассказ, который отражал бы последовательность развития событий.

При объяснении больным хода своих рассуждений необходимо выяснить, что служило основным критерием для сопоставления этих рисунков во времени — выделил ли больной общие для всех рисунков серии элементы, как улавливались им изменения, отличающие один рисунок от другого.

Затруднения в установлении развития сюжета по серии рисунков свидетельствуют о недостаточности уровня процессов обобщения и отвлечения. Особенно явственно они обнаруживаются при органических поражениях головного мозга с преимущественной локализацией в лобных отделах (Б. В. Зейгарник, 1943; А. Р. Лурия, 1947), когда больные описывают отдельно каждый рисунок, но сопоставить их не могут и приходят к совершенно нелепым выводам о развивающемся на этих рисунках событии. Причем для такого рода больных с лобным синдромом характерна абсолютная некритичность мышления, их ошибочные рассуждения недоступны коррекции.

Методика для выявления нарушений критичности мышления, разработана (В. М, Блейхер, В. А. Худик, 1982) на основе методики установления последовательности событий. Некритичность мышления в экспериментальной ситуации, моделируемой с помощью методики, характеризуется утратой контроля над интеллектуальными процессами, рассогласованием акцептора деятельности.

Методика включает в себя несколько серий картинок, обычно используемых для установления последовательности развития по ним определенного сюжета. Первая серия (рис. 3, а) содержит 4 картинки, вторая (рис. 3, б)—6 картинок. Две картинки второй серии, однако, не соответствуют сюжетной линии рассказа, они либо содержат противоречащие ему детали, либо в них игнорируются некоторые основные признаки, играющие важную роль в развитии сюжета. Однако и по стилю, и по основным персонажам они существенно не отличаются от других картинок второй серии.

Разработаны параллельные варианты, позволяющие проводить повторные обследования больного этой методикой через некоторое время, например, в процессе лечения.

Больные с нарушениями критичности мышления не могут выделить картинки-артефакты. Они пытаются включить их в составляемый по картинкам рассказ, становящийся от этого бессмысленным. Некоторые больные, убедившись в том, что рассказ не получается, откладывают все картинки в сторону и заявляют исследующему о том, что не могут выполнить задание.

Классификация. Методика классификации применяется для исследования уровня процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений. В процессе исследования выявляется отношение больного к ситуации эксперимента и к характеру задания, его уверенность или неуверенность в правильности решения, его отношение к ошибкам — сам ли он их замечает или после подсказки исследующего, исправляет ли допущенные ошибки или отстаивает их. Методика впервые была предложена K. Goldstein (1920) для обследования больных с афатическими расстройствами. У нас она применяется в модификации Л. С. Выготского и Б. В. Зейгарник (1958).

Для исследования необходим набор карточек с изображением различных предметов, растений, животных. Изображения могут быть заменены надписями. Таким образом, можно говорить о предметной и словесной классификации — методики эти, как и аналогичные, словесный и предметный варианты методики исключения, неравнозначны, о чем свидетельствуют исследования Т. И. Тепеницыной (1959) и В. М. Блейхера (1965). Так, например, особенности шизофренического мышления легче выступают при предметной -



Серии картинок для исследования критичности мышления

классификации. Значительно более трудной оказывается предметная классификация по сравнению со словесной и для больных со сниженным уровнем процессов обобщения и отвлечения, т.к как она содержит больше элементов (детали рисунка), провоцирующих несущественные, конкретные ассоциации.

Набор карточек для классификации должен быть специально подготовлен, предусматривать возможность различных ступеней обобщения. Непродуманно изготовленные наборы карточек предопределяют выполнение задания, например по конкретно-ситуационному типу. В связи с этим желательно пользоваться набором карточек, подготовленным в лаборатории экспериментальной патопсихологии Московского НИИ психиатрии.

В проведении опыта можно выделить два основных этапа, на первом обследуемый более

или менее самостоятельно образуют группы: одежда, мебель, школьные принадлежности, орудия труда, измерительные приборы, люди. Последние две группы, как указывает С. *Я.* Рубинштейн (1962), представляют наибольшие трудности для выделения. Так, объединение вместе часов, весов, термометра и штангенциркуля требует выделения наиболее существенного, абстрактного признака, выявляющего их сродство. К группе людей относятся различные представители, охарактеризованные на карточках по-разному: представители различных профессий, лыжник и, наконец, ребенок. Выделение испытуемым этих групп свидетельствует об определенной сохранности процессов обобщения и отвлечения. На втором этапе происходит образование более крупных групп — растений, животных и предметов. Этот этап характеризует более высокую ступень обобщения.

Ведение опыта тщательно протоколируется. Отмечаются все группировки — правильные и ошибочные. При этом важно отметить в протоколе отношение больного к обнаруженной ошибке — исправляет ли он ее, не повторяется ли эта ошибка в последующем. Следует регистрировать рассуждения больного в процессе выполнения задания, так как в них нередко содержится мотивировка ошибочного суждения. Наличие нескольких идентичных, одноименных групп (например, две группы одежды, разделение на несколько групп посуды) свидетельствует о недостаточности внимания.

Исключение. Данные, получаемые при исследовании методикой исключения, позволяют судить об уровне процессов обобщения и отвлечения, о способности испытуемого выделить существенные признаки предметов или явлений. Существуют два варианта методики исключения — словесный и предметный.

Словесный вариант производится при помощи бланка, содержащем серии из 5 слов. Обследуемому говорят, что 4 из 5 слов в серии являются в какой-то мере однородными понятиями и могут быть объединены по общему для них признаку, а 1 слово не соответствует этим требованиям и должно быть исключено. Если обследуемый сразу не усвоил инструкцию, то 1—2 примера исследующий решает совместно с ним: «Василий, Федор, Семен и Порфирий —имена, а Иванов—фамилия»; «молоко, сливки, сыр, сметана — молочные продукты, а сало — животный жир». Убедившись в том, что принцип выполнения задания обследуемый усвоил, ему предлагается самостоятельно выполнять последующие примеры, вычеркивая карандашом на специальном бланке подлежащее исключению слово. При отсутствии бланков исследующий зачитывает серии слов и отмечает в протоколе характер решения.

Приводим типичные примеры для исследования по методике исключения в ее словесном варианте: дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий; смелый, храбрый, отважный, злой, решительный.

Существенную роль, играет отношение обследуемого к допущенным ошибкам — сам ли он их заметил или с помощью исследующего, как он мотивирует ошибочные решения и насколько они доступны коррекции.

Для проведения предметного варианта необходимо подготовить набор карточек, каждая из которых содержит изображения 4 предметов. Дается инструкция: «Из изображенных на рисунке 4 предметов 3 имеют между собой общее, их можно объединить в одну группу, называть одним словом, а 1 существенно от них отличается и должен быть исключен». Как и в предыдущем варианте, отдельные серии предъявляются обследуемому в определенной последовательности, с нарастающей сложностью. Наряду с выполнимыми заданиями в эту методику иногда специально вводят серии рисунков, где нельзя такого рода обобщение произвести. Здоровые в таких случаях либо заявляют, что задание невыполнимо, либо дают обусловленно формальный ответ, например: «Из изображенных на этом рисунке предметов нельзя выделить группу из 3, но если вы настаиваете, то я предлагаю следующее решение — в отличие от яблока, роза, шуба и книга несъедобны». Такого рода невыполнимые задания применяют при обследовании больных

шизофренией.

Выделение существенных признаков. Методика, как это явствует из названия, выявляет способность испытуемого дифференцировать существенные признаки предметов или явлений от несущественных, второстепенных. Кроме того, наличие ряда заданий, одинаковых по характеру выполнения, позволяет судить о последовательности рассуждений испытуемого.

Для исследования пользуются либо специальным бланком, либо исследующий устно предъявляет испытуемому задачи, например:

Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).

Предварительно дается инструкция: «В каждой строчке здесь 1 слово находится перед скобками, а 5—в скобках. Все слова, находящиеся в скобках, имеют какое-то отношение к стоящему перед скобками. Однако вы должны из них выбрать 2 наиболее существенных, являющихся неотъемлемыми признаками слова, стоящего перед скобками. Выберите только 2 и подчеркните их». Часто обследуемые приступают к заданию, невнимательно прослушав инструкцию, и решения их в этих случаях поверхностны, легкомысленны. Тогда следует обратить внимание обследуемого на том, что он не усвоил инструкцию и повторить ее. Некоторые больные, обычно при интеллектуальной недостаточности, не сразу понимают, что от них требуется. В этих случаях желательно вместе с ними решить 1—2 задачи.

Слова в задачах подобраны таким образом, что обследуемому приходится продемонстрировать свою способность уловить абстрактное значение тех или иных понятий и отказаться от более легкого, бросающегося в глаза, но неверного способа решения, при котором вместо существенных выделяются частные, конкретно-ситуационные признаки. Так, к слову «игра» правильное решение предусматривает такие существенные признаки, как «игроки» и «правила», в то же время некоторые обследуемые здесь выбирают слово «карты». При таком решении задания следует обязательно обсудить с больным результаты. Иногда даже подсказка исследующего о том, что речь идет об абстрактном значении этих понятий, не помогает обследуемому найти правильное решение. Это свидетельствует о недостаточности у него уровня процессов обобщения и отвлечения. Ошибочные решения могут носить и характер отдельных непоследовательных суждений (например, при астенических состояниях). В этих случаях больные при обращении их внимания на допущенную ошибку сами ее исправляют.

Образование аналогий. Для выполнения этого задания обследуемому необходимо установить логические связи и отношения между понятиями. Кроме того, как и при исследовании предыдущей методикой, в опыте легко обнаруживаются нарушения последовательности суждений, когда обследуемый на время перестает следовать избранному им модусу решения задания. Аналогии в различных задачах строятся по разным принципам, и наличие инертности психических процессов значительно затрудняет для ряда больных выполнение задания — в последующей задаче они пытаются выделить аналогию по принципу предыдущей задачи.

Различают образование простых и сложных аналогий. Образование простых аналогий производится с помощью специальных бланков, на которых слева располагаются пары слов — образцы, по аналогии с которыми следует выделить пару слов в правой половине бланка. Причем справа вверху первое слово искомой пары указано, а нижнее нужно выделить из 5. Например:

электричество	пар
проволока	лампочка, ток, вода, трубы, кипение

Обследуемому объясняют, что, так же как электричество идет по проволоке, пар идет по

трубам. Совместно с обследуемым можно решить еще один, более трудный и отличающийся другим принципом построения пример.

Обязательно для примера надо выбрать задачи, где аналогия строится по-разному принципу. Для некоторых обследуемых это служит предупреждением о возможности ошибок. Иногда, принцип выполнения задания можно объяснить арифметическим примером образования пропорций. Такое объяснение оказывается успешным при определенной интеллектуальной сохранности.

В анализе результатов важно не только обнаружение ошибок, но и мотивировка их и возможность коррекции. Этим методом выявляются нарушения логического строя мышления, однако ошибки типа соскальзываний большей частью не корригируются, тогда как непоследовательные суждения в связи с истощаемостью исправляются больными, как только они их замечают. Обнаружение возможности исправления ошибок в ходе эксперимента, недопущение их в дальнейшем свидетельствуют об определенной сохранности критичности мышления.

Помимо словесного варианта методики образования простых аналогий, можно пользоваться и предметным ее вариантом. В качестве примеров для этого можно пользоваться некоторыми таблицами Равена, а также карточками из соответствующего субтеста в методике аналитического исследования интеллекта Мейли.

Образование сложных аналогии предусматривает выделение сложных, абстрактных логических отношений. В связи с большей трудностью этой методики мы, так же как и С. Я. Рубинштейн (1962), применяем ее лишь при обследовании лиц со средним и высшим образованием.

Обследуемого инструктируют о том, что в верхней части бланка расположены 6 пар слов, каждой из которых присущи определенные отношения. Эти отношения анализируются, например: «овца — стадо» — часть и целое, «малина — ягода» — это определение, «море — океан» различаются в количественном отношении и т. д. Затем внимание обследуемого обращается на расположенные ниже пары слов, принцип связи которых он должен сопоставить с одним из образцов. Против каждой пары он ставит тот номер, который стоит около пары-образца. Примерное решение задания носит следующий характер: «Глава является частью романа, аналогично тому, как овца — частью стада».

Обсуждение совместно с больным допущенных ошибочных решений дает исследующему материал, на основании которого можно судить о нарушениях логического строя мышления, его целенаправленности и критичности.

Выделение закономерностей. К этой группе можно отнести ряд методик, различных по степени сложности. Некоторые из них могут быть выполнены при относительно высоком уровне обобщения.

1. *Числовой ряд.* Обследуемому предъявляют ряд чисел. Анализ их расположения позволит ему продолжить этот ряд. Последовательно предъявляются все более сложные ряды:

13 5 7 ------------------
15 12 9 6---------------
9 19 2 9 3 ------------------
2 2 4 7 11 16-----------------
11 15 18 9 13 16 8-------------------

Приводим примеры решения такого рода заданий:

13 5 7 ------------------ (9,11)
15 12 9 6------------------ (3,0)

2. Методика Б. И. Пинского (1968) предназначена для диагностики олигофрении. Она состоит из 3 экспериментальных заданий возрастающей сложности. Для исследования

необходим набор красных и белых брусков.
Обследуемому предлагают удлинить начатый исследуемый «заборчик»:

I задание — КБ КБ КБ
II задание—КББ,КББ,КББ
Ш задание—КБ, КББ КБББ

При анализе выполнения задания обращается внимание, предшествует ли началу деятельности уяснение принципа задания, насколько стереотипен избранный обследуемым модус деятельности, как влияют на эту деятельность случайные побуждения (например, меняет ли он найденный принцип, если кончились бруски одного цвета). Существенное значение имеет обнаруживаемая при исследовании тенденция переносить в готовом, неизмененном виде прошлый опыт на решаемую в настоящий момент задачу.

Определение и сравнение понятий. Эти методики применяются для исследования мышления.

Для определения понятия необходимо проанализировать целый ряд признаков предмета или явления и выделить из них наиболее существенные. Степень точности определения зависит от признаков, которые выбирает обследуемый для характеристики того или иного предмета или явления. Наиболее точным считается (М. П. Кононова, 1963) определение, при котором отмечается родовое и видовое различия (например, «стол — это мебель, необходимая в быту или для работы»); правильное, но менее точное определение основано лишь на родовых признаках («стол — это мебель»); на более низкой ступени находится определение по назначению предмета («стол—для того, чтобы есть или писать») совершенно недостаточным является определение, отмечающее лишь наглядные признаки предмета («стол—деревянный, на четырех ножках»).

При исследовании методикой определения понятий следует отмечать не только способность обследуемого выделять основные признаки, но и построение определения, четкость формулировки. Этой методикой легко обнаруживается расплывчатость суждений, избыточная детализация, склонность к резонерству.

Близка к описанной методика сравнения понятий. При этом происходит не только анализ свойств предмета или явления, но и устанавливаются определенные отношения между несколькими предметами, явлениями. В связи с этим сравнение понятий более сложный, чем определение понятий, мыслительный процесс, включающий в себя анализ и синтез, требующий дифференцировки существеных признаков на общие и разные для нескольких объектов.

При сравнении нескольких понятий выполнение задания идет в два этапа: вначале выделяются существенные признаки каждого из них, а затем из них выбираются совпадающие для этих объектов и те, которые обусловливают разницу между ними. При сравнении относительно однородных объектов первыми оказываются родовые, а вторыми—видовые признаки. К относительно однородным понятиям относятся: часы — хронометр, трамвай — троллейбус и т. п.

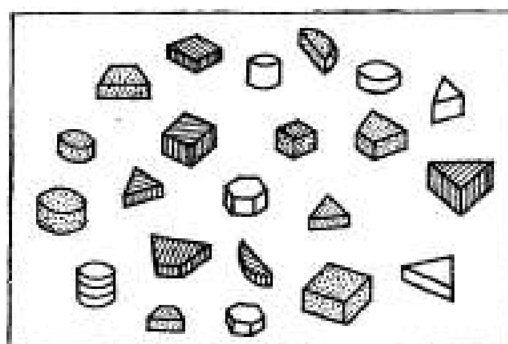


Рис 4. Набор фигур для методики формирование понятий

Наряду с этим Т. К. Мелешко (1966) предлагает для сравнения разнородные понятия: тарелка — ложка, ботинок — карандаш, глобус — бабочка, плащ — ночь, часы — река. Проведенные автором исследования методикой сравнения неоднородных понятий показали, что больные шизофренией часто пользуются мало характерными для здоровых, «нестандартными» признаками. Хотя «стандартность» того или иного признака характеризуется статистическими показателями, этот вариант может использоваться и при диагностически направленном психологическом эксперименте, так как при нем обнаруживается легкость выделения больными шизофренией «слабых» признаков.

Сравнение понятий помогает выявить интеллектуальную недостаточность, резонерские суждения.

Формирование искусственных понятий. Для исследования способности формирования понятий часто применяется методика, разработанная Л. С. Выготским и Л. С. Сахаровым (1930). Методика эта весьма сложна, и правильное выполнение задания обследуемым свидетельствует об отсутствии у него интеллектуального снижения. По данным Л. С. Выготского (1938), с помощью данной методики можно констатировать нарушение функций образования понятий не только при явных расстройствах мышления, но и у больных, у которых вне экспериментальной обстановки трудно заметить нарушения формального мышления.

Перед обследуемым в беспорядке размещают набор стереометрических фигур, отличающихся формой, цветом и величиной (рис. 4). На скрытой от него нижней стороне этих фигур имеются условные надписи («биг», «цев», «гур», «лаг»). Произвольно выбирается одна фигура и исле дующий объясняет, что надпись на ней (например, «цев») совершенно ничего не означает, условна, но имеющимся в этом наборе фигурам с аналогичной надписью присущ общий признак. Обследуемый должен установить, какие фигуры входят в эту группу, т. е. определить понятие «цев». После этого обследуемый отбирает несколько фигур и объясняет свою гипотезу. Например, он считает, что к «цев» относятся все фигуры того же цвета. Тогда исследующий переворачивает одну из отобранных

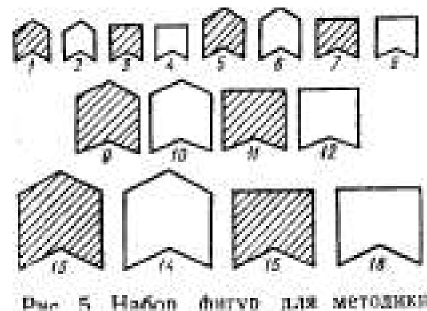


Рис. 5. Набор фигур для методики формирования понятий по А. Ф. Говорковой

ошибочно фигур и показывает надпись — несмотря на то, что она того же цвета, она не «цев».

Если обследуемый отбирает ряд фигур, руководствуясь одинаковой формой, исследующий таким же образом показывает ему ошибочность этой гипотезы.

Таким образом, остается одна возможность — определить понятие «цев» в зависимости от размеров, что представляется довольно трудным, так как размеры фигур характеризуются двумя признаками — площадью основания и высотой.

Результаты опыта оцениваются в зависимости от того, сколько ходов понадобилось обследуемому для выполнения задания, насколько логичны были его рассуждения при этом, как воспринималась помощь исследующего. При этом исследовании обнаруживаются аффективно-личностные качества обследуемого, особенно выявляющиеся в реакции на неуспех.

Методика Выготского—Сахарова несколько упрощена А. Ф. Говорковой (1962). Цель

этого упрощения—приспособление методики формирования искусственных понятий к детскому возрасту.

Обследуемому показывают 16 вырезанных из картона фигур (рис. 5), отличающихся формой (2 вида), цветом (красные и зеленые) и величиной (4 варианта). На обороте этих фигур написаны их условные обозначения, например «гацун». Одну из фигур «га-цун» (например, № 5) дают обследуемому и просят отобрать другие фигуры этого разряда. Каждую отобранную фигуру обследуемый переворачивает и по надписи на обороте убеждается в правильности или ошибочности своего выбора. О результатах исследования судят по количеству ходов, понадобившихся обследуемому для формирования понятия.

При исследовании детей этой методикой определяется их способность к целенаправленным и последовательным действиям, умение вести анализ одновременно в нескольких направлениях, отбрасывать неподкрепленные признаки. Эти особенности характеризуют течение процессов обобщения и отвлечения у обследуемых.

Понимание переносного смысла пословиц и метафор. Методика применяется для исследования особенностей мышления — его уровня, целенаправленности и критичности.

Обследуемому называют несколько часто употребляемых метафор («золотая голова», «золотые руки», «каменное сердце», «заячья душа», «медный лоб») и пословиц («Яблоко от яблони недалеко падает», «Куй железо, пока горячо», «Слово не воробей — вылетит, не поймаешь») и просят объяснить их отвлеченный, переносный смысл. Можно предложить обследуемому привести соответствующие примеры из своей жизни-или прочитанного. Буквальное истолкование пословицы или метафоры свидетельствует о недостаточности уровня обобщения. Если обследуемый верно объясняет переносный смысл пословицы, это еще не означает, что мышление у него совершенно не нарушено, так как при объяснении пословиц обследуемый проявляет имеющиеся у него знания—для выполнения задания не требуется обобщения нового материала. Процесс обобщения нового материала исследуется другими, более сложными, вариантами этой методики.

Сравнение пословиц. Обследуемому предлагают карточки, на которых написаны специально подобранные пословицы, и дают задание сгруппировать их, выделив парами либо аналогичные, либо противоположные по смыслу. Например, Е. А. Рушкевич (1953) предлагает для сравнивания следующий набор пословиц:

Что посеешь, то пожнешь. Куй железо,
пока горячо. Каков поп, таков и приход.
Как аукнется, так и откликнется. Яблоко
от яблони недалеко падает. Когда дрова
горят, тогда и кашу варят.

Обследуемый должен отобрать пары аналогичных пословиц:

1. Что посеешь, то и пожнешь. Как аукнется, так и откликнется.
2. Куй железо, пока горячо. Когда дрова горят—тогда и кашу варят.
3. Яблоко от яблони недалеко падает. Каков поп, таков и приход.

При этом обследуемые обнаруживают не только понимание переносного смысла отдельных пословиц: сопоставляя их, они дифференцируют существенные признаки от второстепенных, случайных. Таким образом, результаты исследования этим вариантом методики в определенной мере свидетельствуют об особенностях ассоциативных связей, в частности способствуют выявлению ассоциаций по «слабому» признаку. Примером последнего может служить обобщение пословиц: «Что посеешь...» и «Куй железо...», когда больной дает

следующее объяснение: «Прежде чем сеять, надо вначале ковать. Как скуешь плуг — так и посеешь».

Отнесение фраз к пословицам. Этот вариант предложен Б. В. Зейгарник (1958). Здесь трудность заключается не столько в истолковании переносного смысла пословицы, сколько в возможности соскальзывания на приблизительный смысл. Обследуемому предлагают серию табличек, на которых написаны пословицы или метафоры, и значительно большее количество карточек с фразами. Среди фраз имеются соответствующие переносному смыслу пословиц и лишь сходные в формально-лексическом отношении.

Вначале убеждаются, что обследуемый понимает переносный смысл пословиц, а затем ему предлагают подобрать к каждой пословице соответствующую по смыслу фразу. Например, к каждой пословице дается на выбор 2—3 фразы:

Куй железо, пока горячо Золото тяжелее железа,
Железо кует кузнец, Не откладывай
дело в долгий ящик

Цыплят по осени считают Цыплята вырастают к осени,
О деле судят по результатам

Выполняя это задание, обследуемый вначале уясняет переносный смысл пословицы, а затем сопоставляет ее с фразами и таким образом как бы переносит усвоенный принцип работы на материал, содержащий новое. Этот вариант задания требует более высокого уровня обобщения, чем одно лишь объяснение переносного смысла пословиц и метафор.

Называние 50 слов. Методика направлена на изучение особенностей ассоциаций. Кроме того, по результатам исследования можно судить о богатстве словарного запаса и темпе речевой деятельности больного. Инструкция содержит просьбу назвать подряд как можно быстрее любые 50 слов, за исключением названий расположенных в комнате предметов. Произносимые больными слова записываются. По секундомеру регистрируется затраченное на это время. Если больной очень быстро называет слова, не следует его останавливать. Слова, которые исследующий не успел записать, заменяются прочерком.

Психически здоровые называют слова «гнездами» — по 5—6 слов, имеющих общие признаки, например, виды транспорта, одежды и т.д. Увеличение этих гнезд рассматривается как признак инертности психических процессов. Могут быть обнаружены и малосодержательные ассоциации — по созвучию.

Инструкция может быть усложнена требованием называть только существительные. Если обследуемый ее не выполняет, дается дополнительная инструкция: «Вы называете не только существительные. Соблюдайте правила выполнения задания». Если и после этого обследуемый называет не только существительные, это также свидетельствует о значительной инертности психической деятельности.

Бедность словарного запаса проявляется в значительном увеличении времени, необходимого на выполнение задания (здоровые называют 50 слов за 1,5—2,5 мин), в повторении одних и тех же слов, в назывании вопреки инструкции находящихся перед глазами обследуемого предметов.

Пиктограммы. Эта методика предложена Л. С. Выготским и разработана как один из методов опосредованного запоминания. В отличие от предложенной А. Н. Леонтьевым методики опосредованного запоминания при образовании пиктограммы представляются значительно большие возможности для исследования ассоциативного процесса.

Пиктограмма — образ, создаваемый обследуемым для опосредованного запоминания.

Таким образом, с помощью методики пиктограмм мы изучаем самостоятельную мыслительную продукцию больных. Здесь особенно явно выступают нарушения мышления, что объясняется малой предопределенностью, меньшим регламентированием процессов мышления условиями опыта (Ю. Ф. Поляков, 1969; С. В. Лонгинова, 1972), тогда как в методике А. Н. Леонтьева выбор образов для опосредования ограничен исследующим.

Методика очень проста. Обследуемому дают листок чистой бумаги и карандаш и говорят, что сейчас он услышит слова, для запоминания которых он должен сделать какой-нибудь несложный рисунок. Инструкцией предусматривается, что качество рисунка никакой роли не играет, так как иногда обследуемые ссылаются на неумение рисовать. Кроме того, обследуемого предупреждают, что совершенно недопустимо для запоминания прибегать к словесным или буквенным обозначениям.

Слова, к которым образуются вспомогательные рисунки-пиктограммы, подготавливаются заранее. При этом учитывается возраст обследуемого, уровень его культурного развития. Обычно вначале называют слова более конкретного содержания, а затем, убедившись, что исследуемому доступно выполнение задания, переходят к абстрактным словам, например: веселый праздник, тяжелая работа, вкусный ужин, болезнь, печаль, счастье, любовь, развитие, разлука, обман, победа, подвиг, вражда, справедливость, сомнение, дружба.

Для проведения повторных обследований по методике пиктограмм исследующий должен располагать параллельными наборами понятий, используемых для опосредования. Всего обследуемому называют 10—15 слов. Обязательно нужно включать слова, имеющие значительный эмоциональный подтекст.

В протоколе опыта записываются рассуждения больного, объясняющие связь между словом и рисунком. Впоследствии обследуемого просят по рисункам воспроизвести соответствующие слова. По результатам выполнения задания судят об уровне процессов обобщения и отвлечения: может ли обследуемый обозначать слово символом, насколько возрастают при этом его затруднения, когда опосредуются слова абстрактного характера. Не менее важно установить характер ассоциаций, которыми руководствуется обследуемый при подборе пиктограмм,— соответствие пиктограммы заданному слову, чрезмерная конкретность ассоциаций или, наоборот, их чрезвычайно абстрактный, условно-символический характер, наличие ассоциаций по «слабому» признаку. Существенную роль играет

эмоциональная насыщенность пиктограмм. В определенной степени она отражает эмоциональное состояние обследуемого.

Как уже указывалось, по результатам исследования можно судить о логической памяти обследуемого — насколько опосредование слов в зрительных образах помогает запомнить их.

Представляет интерес модификация методики пиктограмм, предложенная Б. Г. Херсонским (1979, 1981, 1982). Изменения внесены не столько в проведение исследования, сколько в интерпретацию получаемых данных. Методика стандартизована, для проведения исследования автор применял неизменный набор из 16 понятий. С помощью ретестирования устанавливается возможность продуцирования различных категорий рисуночных образов, замены менее адекватных на более соответствующие заданному понятию. Автор в плане интерпретации пиктограмм взял критерии, близкие к используемым в тесте Роршаха (обе эти методики использовались им параллельно). При классификации пиктограмм по качественным характеристикам учитываются следующие факторы: абстрактность (конкретные и атрибутивные образы, метафорическая, геометрическая, графическая и грамматическая символика), фактор индивидуальной значимости, фактор частоты (различаются стандартные, оригинальные и повторяющиеся образы), фактор адекватности. С помощью указанных факторов проводится формализованная оценка рисуночных образов.

Интерпретация пиктограмм, по Б. Г. Херсонскому, включает и оценку количественных

соотношений. Здесь учитываются количественные соотношения образов различного типа, количество индивидуально значимых и адекватных образов.

Представляют интерес выделенные Б. Г. Херсонским особые феномены, мало поддающиеся формализации. Это шоковые реакции, выражающиеся в прямом (речевом или мимическом) выражении неудовольствия либо в парадоксальных высказываниях типа «какое прекрасное слово...», «это интересно...». Шоковые реакции рассматриваются автором как проявление тормозящего действия аффекта на мыслительную деятельность. Отказ от выбора образа чаще всего встречается при предъявлении обследуемому наиболее сложных для опосредования понятий. Употребление буквенных Обозначений вопреки инструкции является либо выражением недостаточности активного внимания, либо — негативистических тенденций. Под неформализуемыми образами понимаются и пиктограммы, основанные на ассоциациях по созвучию, на выхолощенных символах, на подборе нескольких рисуночных образов к одному понятию. Феномен единой системы заключается в том, что при построении следующей пиктограммы обследуемый использует предыдущую, трансформируя ее. Иногда это приводит к тому, что все пиктограммы в процессе исследования оказываются взаимосвязанными. Феномены «замены» и «возврата» заключаются в том, что при предъявлении нового понятия для опосредования обследуемый пытается заменить предыдущую пиктограмму либо графически ее дорабатывает. Эти феномены рассматриваются автором как проявление тревоги. Феномен упорядоченности пиктограммы предполагает наличие сложной графической характеристики, проявляющейся в выборе соответственно заданию и размеру листа рисунка, в соблюдении приблизительно одинаковых размеров рисунков и расстояний между ними. Этот феномен отражает способность к планированию и самоконтролю в ситуации исследования и наиболее часто встречается при ананкастных и субдепрессивных состояниях. Органический графический симптомокомплекс заключается в наклоне рисунка более чем на 5° от вертикальной оси, в наличии дрожащих, несовпадающих и пересекающихся линий. Этот феномен, по данным автора, высокоспецифичен для больных с органическими поражениями головного мозга.

Если в целом модификация Б. Г. Херсонским методики пиктограмм предназначена для целенаправленного научного исследования, то выделенные им при этом количественные и качественные показатели и особые феномены могут оказаться высокозначимыми, полезными и при интерпретации данных исследования, проводимого в целях индивидуальной нозологической диагностики.

Ассоциативный (словесный) эксперимент. Методика ассоциативного эксперимента была предложена в конце прошлого столетия и широко использовалась для исследования психически больных (В. М. Бехтерев, М. И. Аствацатуров, А. Г. Иванов-Смоленский, В. П. Протопопов).

Психоаналитики рассматривают метод словесного эксперимента как подспорье в поисках скрытых комплексов, комплексных раздражителей, трактуя с позиций фрейдистской символики полученные в процессе исследования данные.

По И. П. Павлову, при правильном физиологическом анализе результатов исследования методика словесного эксперимента открывает возможность изучения словесных условных связей и динамики: нервных процессов во второй сигнальной системе, позволяет улавливать изменения корковой динамики под влиянием словесного раздражителя (А. Г. Иванов-Смоленский, 1928). Слова-раздражители являются условными сигналами, ответные речевые реакции — речевыми условными рефлексами, связанными с этими сигналами в течение прошлой жизни обследуемого путем многократного повторения.

В патопсихологии словесный эксперимент используется для анализа характера ассоциаций обследуемого и скорости их образования. С этой целью обследуемому зачитывают заранее подготовленный ряд слов — 30—40 существительных, лишенных какой-либо связи. Дается инструкция — на каждое услышанное слово отвечать любым, пришедшим в голову, и как можно

быстрее. Если преследутся -

цель — проверить, может ли обследуемый следовать какому-либо более определенному модусу выполнения задания — инструкция может быть соответственно уточнена (например, отвечать только существительным или словом-антонимом, или родовым определением).

В протоколе опыта регистрируется время ответной реакции и ее содержание. Обращают внимание на лаконичность речевых реакций, соответствие их слову-раздражителю или, наоборот, случайный, нелепый характер, отсутствие связи между словом-раздражителем и словом-ответом. Многословные речевые реакции свидетельствуют о неспособности выполнения инструкции. Однако некоторые больные, в основном отвечая одним словом, в ответ на неиндифферентный для них словесный раздражитель дают многословный ответ.

Средний латентный период при обследовании здоровых составляет 0,5—1,5 с. В некоторых случаях наблюдается особенно заметное увеличение латентного периода при воздействии неиндифферентных для обследуемого словесных раздражителей (для введения их в эксперимент в бланке оставлены пробелы). Однако это явление нельзя переоценивать, так как иногда аффективно-значимыми неожиданно оказываются совсем другие слова (Б. В. Зейгарник, 1958). Поэтому включение в словесный эксперимент таких аффектогенных слов должно базироваться на тщательном изучении анамнеза, конфликтной жизненной ситуации, индивидуальных особенностей личности больного.

Характеристику ответных речевых реакций можно производить согласно классификации А. Г. Иванова-Смоленского (1928), различающего:

I. Низшие или примитивные словесные реакции:

1) междометные («гм», «ну», «он», «аи» и д.р.);

2) эхолалические, буквально воспроизводящие слово-раздражитель;

3) созвучные — тождественные или близкие по звучанию слову -раздражителю своими первыми или последними словами;

4) экстрасигнальные, не имеющие отношения к слову-раздражителю, а являющиеся реакцией на другие раздражения, поступающие из внешней среды:

5) отказные («не знаю», «нечего сказать», «слов нет» и т. д.);

6) вопросительные («какой?», «кто?», почему?»);

7) персеверирующие, когда один и тот же ответ появляется на несколько раздражителей подряд.

П. Высшие словесные реакции:

1) индивидуально-конкретные (например, «город—Москва», «чашка — голубая»);

2) общеконкретные («город—деревня», «чашка—блюдце»);

3) абстрактные («город—культура», «чашка—посуда»).

Эта классификация дополнена еще одним видом низших словесных реакций — атактическими, отличающимися от экстрасигнальных тем, что для них нельзя найти какой-либо раздражитель в окружающей больного обстановке (М. С. Удальцова, 1956; Б. Я. Первомайский, 1957).

Существуют другие варианты методики словесного эксперимента. А. Д. Зурабашвили (1955) предложил пользоваться четырьмя вариантами словесных раздражителей-: названиями предметов, глаголами, отглагольными существительными и прилагательными. Эти словесные раздражители отличаются возрастающей сложностью.

В. Иванов (1965) предложил структурно-ассоциативный эксперимент, цель которого — исследование грамматического и логического структурирования речи (мыслительной деятельности). В качестве словесного раздражителя используются незаконченные предложения с отсутствием определенных частей речи. Эта методика позволяет обнаружить латентные

проявления разорванности мышления, резонерства и начинающегося распада речи в тех случаях, когда клинически они еще мало заметны.

Многочисленные исследования психически больных методом ассоциативного эксперимента позволили обнаружить особенности результатов его при различных нозологических формах и в зависимости от стадии заболевания.

Подбор слов-антонимов. Эта методика является, в сущности, вариантом словесного эксперимента, при котором более четко регламентируется характер ответных реакций. В результате исследования устанавливается словарный запас больного, устойчивость избранного модуса деятельности, состояние внимания.

Для проведения опыта пользуются специальным бланком, содержащим заранее подобранные слова, например: тупой, тонкий, грязный, исчезновение и т. д. Обследуемому дается указание к каждому слову подобрать слова противоположного значения. Для проверки уяснения инструкции первые 1—2 примера можно выполнить совместно с обследуемым, а затем — предоставить ему возможность самостоятельного выполнения задания. Исследующий записывает (по секундомеру) время, отделяющее называние антонима от слова-раздражителя, и содержание ответной реакции.

При оценке результатов обращают внимание на соответствие речевой реакции условиям задания. Так, иногда вместо антонимов называются синонимы либо вообще слова, не связанные со словами-раздражителями (атактические речевые реакции). Существенное значение имеет величина латентного периода — явное удлинение его при абстрактном характере слова-раздражителя свидетельствует о некоторой недостаточности уровня обобщения. Анализируется дифференцированность и точность ответных реакций, возможность подобрать к одному слову несколько антонимов. Характерный признак обеднения словарного запаса при интеллектуальной недостаточности — образование антонима прибавлением к заданному слову частицы «не» (красивый — некрасивый, скупой — не скупой, победа — не победа). По увеличению латентного периода и ухудшению качества ответных реакций к концу исследования можно судить о повышенной истощаемости обследуемого.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Исследование интеллекта по методу Векслера. Метод Векслера для исследования интеллекта у взрослых (1955) является вариантом, возникшим вследствие переработки ранее широко употреблявшегося теста Векслера—Бельвью (1939). Известны многочисленные модификации этого метода, используемые в ФРГ, Польше и других странах. В частности, в ФРГ психологи пользуются так называемым гамбургским вариантом метода (HAWIE), в котором некоторые вопросы адаптированы, а весь тест в целом заново стандартизован на 2000 обследуемых. В Советском Союзе метод Векслера адаптирован сотрудниками Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

С помощью метода Векслера могут быть обследованы лица старше 16 лет. Для обследования детей создан специальный вариант метода Векслера (WISC), адаптированный и стандартизованный А. Ю. Панасюком (1973).

Метод Векслера состоит из 11 отдельных методик — субтестов. Каждая из них не содержит каких-либо новых, не использовавшихся раньше в экспериментальной психологии приемов. Все субтесты разделены на 2 группы — вербальные (6) и невербальные (5).

I субтест — общая осведомленность — содержит 29 вопросов, направленных на измерение объема человеческих знаний. По ответам на эти вопросы можно в известной мере судить о памяти обследуемого, о круге его интересов, о полученном им образовании. Результаты по этому субтесту мало меняются при старении или под влиянием болезненного процесса (исключением являются заболевания, протекающие с грубым интеллектуально-мнестическим

снижением). Степень трудности задаваемых обследуемому вопросов постепенно нарастает. Этот принцип характерен и для других субтестов. Приводим некоторые вопросы:

2. Какой формы мяч? 24. Кто написал «Иллиаду»? 29. Что такое гносеология?

Обычно исследование начинается с пятого вопроса и лишь в тех случаях, когда обследуемый не справляется с пятым и шестым вопросами, возвращаются к предшествовавшим.

Правильный ответ оценивается в 1 балл. Максимальная оценка в первом субтесте — 29 баллов.

II субтест — общая понятливость — содержит вопросы, охватывающие особенности поведения обследуемого в какой-то конкретной ситуации, а также определяющие понимание им перенесенного смысла пословиц. Материалы по этому субтесту свидетельствуют о социальном и культурном фонде обследуемого. Считается, что с помощью II субтеста исследуется «здравый смысл», объем практических знаний. Следует отметить, что этой методикой пользовался в клинике В. М. Бехтерева С. Д. Владычко (1913), исследовавший с ее помощью психически больных. Приводим примеры вопросов, задаваемых больному:

3. Что вы сделаете, если найдете на улице письмо в запечатанном конверте с надписанным адресом и наклеенной маркой? 14. Что означает выражение: «Одна ласточка весны не делает»?

Исследование начинается с третьего вопроса. К предыдущим возвращаются лишь при обнаружении несостоятельности обследуемого в его ответах на третий, четвертый и пятый вопросы.

Ответы оцениваются в 0, 1 либо 2 балла в зависимости от правильности понимания заключенной в вопросе ситуации и от точности, полноты и степени обобщения заключенного в ответе суждения. Так, на вопрос о том, что делать с найденным на улице письмом, лучшим является ответ, показывающий понимание обследуемым необходимости немедленного отправления письма: опустить в почтовый ящик; отнести на почту. Такой ответ оценивается в 2 балла.

В 1 балл оцениваются ответы, свидетельствующие о том, что обследуемый понимает, что письмо не является его собственностью: отнесу по указанному адресу; сдам в милицию.

Полное непонимание того, что следует сделать с письмом, оценивается в 0 баллов: не стану поднимать; выброшу в мусорную урну. Понимание пословицы «Одна ласточка...» оценивается в 2 балла при понимании обследуемым ее абстрактного смысла: нельзя на основании одного случая строить обобщение; для обобщения нужна совокупность признаков.

Ответы конкретным примером или свидетельствующие о недостаточной степени абстрагирования оцениваются в 1 балл: один хороший поступок еще не значит, что человек хороший.

Буквальное понимание пословицы оценивается в 0 баллов: если ласточка прилетела, это еще не значит, что наступила весна; ласточки всегда прилетают раньше других птиц.

Максимальная оценка во II субтесте—28 баллов. Время не лимитируется.

Результаты здесь, как и в 1 субтесте, мало зависят от возраста, не ухудшаются существенно при старении.

III субтест—арифметический—состоит из 14 заданий. Первые два задания проверяются лишь при недостаточных ответах на 3-е и 4-е задания. Арифметические задачи, предъявляемые обследуемому, характеризуются нарастанием трудности. Время лимитировано — на первые 4 задачи отпускается по 15 с, на 5 — 10-ю задачи — 30 с, на 11 — 13-ю задачи—60 с, на последнюю—120 с. За быстрое решение последних 4 задач добавляется 1 балл. Правильное решение задачи оценивается в 1 балл (в том числе и задач, которые не пришлось проверять). Примеры арифметических задач:

4. Если человек купил марок на 6 коп., а дал 10 коп., то сколько он должен получить сдачи? 8. Сколько времени потребуется человеку, чтобы пройти 24 км, если он идет со скоростью 3 км/ч? 14. Восемь человек могут закончить работу за 6 дней. Сколько человек

потребуется, чтобы выполнить эту работу за полдня?

Этот субтест свидетельствует о способности концентрации активного внимания и оперирования арифметическим материалом, Способность к выполнению арифметических действий в уме не обнаруживает с возрастом значительной тенденции к ухудшению. Результаты в этом субтесте при старении несколько хуже, чем при выполнении субтеста «повторение цифр», но значительно лучше, чем в субтестах, о которых речь будет идти ниже.

IV субтест — нахождение сходства — является несколько упрощенным вариантом методики сравнения понятий, в котором задание ограничивается лишь установлением сходства. Обследуемому предлагаются для сравнения такие понятия, как апельсин-банан, пальто-платье, похвала-наказание, муха-дерево.

Время ответов не учитывается. Ответы оцениваются в 2, 1,0 баллов. Оценка ответа зависит от уровня, на котором выполнено задание. Так, при сравнении понятий «лев» и «собака» возможны следующие ответы: и лев, и собака — животные, звери (ответ на концептуальном уровне); и лев, и собака едят (ответ на функциональном уровне); оба они имеют ноги (ответ на конкретном уровне).

Следует указать, что нередко оценка ответа и определение уровня сравнения понятий представляют большие затруднения и требуют от исследующего опыта и знаний. Возможны ответы, квалификация которых весьма затруднительна. Так, больной шизофренией нашел, что сходство между львом и собакой заключается в том, что это звери, «одинаково остро воспринимаемые человеком». При формальном подходе к оценке здесь можно говорить о концептуальном уровне ответа. В самом же деле речь идет о типичном шизофреническом инакомыслии. Этот пример свидетельствует о неправомерности одного лишь количественного подхода к оценке результатов.

В этом субтесте оценивается главным образом логический характер мышления. Максимальная оценка по субтесту — 26 баллов. Хотя в этом субтесте время выполнения заданий не ограничено и более медленный темп пожилых обследуемых не ставит их в худщие по сравнению с молодыми обследуемыми условия, тем не менее результаты здесь значительно снижаются с возрастом.

D. Bromley (1966) указывает, что пожилые люди становятся не только менее способными к формированию абстрактных принципов, но также и к различению их. Когда они истолковывают пословицы, их ответы менее общие и менее абстрактные, чем ответы лиц более молодых.

V субтест — воспроизведение цифровых рядов — применяется для исследования памяти, главным образом оперативной, и внимания. В каждой серии цифр имеется 2 равнозначных задания. Второе задание серии предъявляется обследуемому только в том случае, если он не справился с первым. Цифры, согласно инструкции, воспроизводятся в прямом и обратном порядке. Поводом для прекращения исследования является несостоятельность обследуемого в обоих заданиях данной серии.

Время не регламентируется. Каждое правильно выполненное задание оценивается в 1 балл. Максимальная оценка—17 баллов (при воспроизведении цифр в прямом порядке —9 ив обратном — 8 баллов).

По D. Wechsler, невозможность для обследуемого повторить в прямом порядке ряд из 4 цифр может свидетельствовать о слабоумии. Старение (физиологическое) не оказывает заметного влияния на простое запоминание (о выполнении задания по этому субтесту больным церебральным атеросклерозом речь будет идти ниже). Следует отметить, что этот субтест не столько характеризует состояние функции памяти во всем ее многообразии, сколько отражает особенности активного внимания и деавтоматизации рядов знаков.

D. Bromley установила, что воспроизведение цифр в прямом порядке с возрастом снижается незначительно, более заметно у стариков затруднение в воспроизведении цифр в обратном порядке.

VI субтест — словарный — служит для оценки словарного запаса. В связи с тем что словарный запас зависит от образовательного уровня, он мало изменяется при старении.

Обследуемому предлагают 40 слов и просят дать их определение, объяснить их значение. Вначале — это несложные и часто употребляемые слова (деньги, зима, кровать, фабрика, деталь, собрание). Постепенно задание усложняется, исследующий называет для определения такие слова, как периметр, тирада, плагиат, пародия и т. п. Разумеется, в этом субтесте усложнение задания носит относительный характер и обнаруживается при сравнении не столько отдельных слов, сколько групп слов.

Ответы оцениваются от 0 до 2 баллов. При этом руководствуются следующими критериями: ответ оценивается в 2 балла, если это 1) хороший, удачно подобранный синоним; 2) основное использование слова в словарном фонде языка; 3) одно или несколько определений основных свойств слова; 4) слово, обобщающее понятие, к которому принадлежит определяемое слово; 5) несколько правильных описаний свойств определяемого слова, которые в совокупности отражают понимание обследуемым значения этого слова.

В 1 балл оцениваются правильные, но неполные ответы: 1) неясный или недостаточно четкий синоним; 2) второстепенное, не основное использование этого слова в языке; 3) пример возможного использования слова в языке.

В 0 баллов оценивается явно неправильный ответ и отсутствие реального понимания вопроса, даже после его повторения, непонимание значения слова, предъявляемого в характерном контексте. Например, понимание слова «приговор» может быть оценено 2 баллами, если дан один из нижеследующих ответов: юридическое решение, решение суда, заключение, юридический акт решения;

1 баллом — наказывать, осудить, осуждение; 0 баллов — тюрьма' выговор.

Время при исследовании словарным субтестом не регламентировано. Максимальная оценка — 80 баллов.

Перечисленные 6 субтестов относятся к группе вербальных. Несмотря на то что по результатам их выполнения производится общая оценка, которая сравнивается с показателем выполнения невербальных субтестов, сами по себе они являются достаточно неоднородными. Это убедительно показано исследованиями D. Bromley (1966). Так, она установила, что у стариков мало меняются результаты выполнения заданий по субтестам: «словарному», «общей осведомленности» и «общей понятливости». Эту неизменность результатов при старении автор объясняет характером активности, необходимой для выполнения заданий; отсутствием требований[A] касающихся быстроты выполнения; относительной простотой заданий. Эти субтесты измеряют скорее интеллектуальные достижения, которые удерживаются при старении, чем интеллектуальные способности, снижающиеся с определенного возраста. Переходим к описанию невербальных субтестов.

VII субтест—цифровых символов—требует от обследуемого в специальной таблице (рис. 6), в соответствии с образцами в рядах случайно подобранных цифр, поставить под каждой цифрой ее обозначение, символ, как бы произвести перешифровку цифр. Этим тестом исследуется психомоторика, способность к обучению. Время выполнения задания ограничивается 90 с. Каждое правильно выполненное задание оценивается в 1 балл. Первые 10 заданий не учитываются, они служат примером. О способности к научению новому материалу свидетельствует выполнение последующих примеров, когда обследуемого предупреждают о начале хронометрии я необходимости выполнять задание как можно скорее. При исследовании этой методикой различных возрастных групп установлено, что показатель результативности обнаруживает отчетливую тенденцию к снижению после 40 лет.

VIII субтест — нахождение недостающих деталей в картине. Здесь выявляется способность обследуемого выделить существенные признаки предмета или явления. Обследуемому предъявляется специальный набор картинок. На каждом изображении не хватает

какой-либо одной существенной детали. Экспозиция каждой картинки—20 с. Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл. Максимальный результат—20 баллов.

IX субтест — кубики Кооса — служит для исследования пространственного воображения, конструктивного мышления. .Обследуемый должен обнаружить способность перенесения зрительного образа с карточки-образца на определенную конструкцию, которую он в ином масштабе воссоздает из цветных кубиков. Набор карточек-образцов стандартный (рис. 7). Время четко регламентировано; за успешное, в сокращенный срок, выполнение последних 4 заданий к оценке прибавляется 1 или 2 балла. В бланке опыта указаны критерии времени для оценки выполнения каждого задания. Максимальный результат—48 баллов.

Х субтест — последовательных картин — является четко дозированным по временной характеристике вариантом методики установления последовательности развития сюжета по серии картинок.

Всего применяется 8 серий картинок. Каждая серия предлагается в определенном порядке, не соответствующем истинной последовательности картинок. Обследуемый должен уловить смысл изображенной с помощью картинок истории, проявить, по D. Wechsler, способность упорядочения группы факторов в логическую систему. Здесь оцениваются характер выполнения задания (существуют лучшие и худшие варианты) и затраченное на это время. В зависимости от этого оценка по отдельным заданиям различна — от 4 до 6 баллов. Задания в порядке их предъявления усложняются. Максимальный результат — 36 баллов.

XI субтест — сложение фигур — измеряет способность составления из отдельных фрагментов единого смыслового целого, совокупности этих фрагментов. Обследуемому предлагают из 4 разрезанных на отдельные фрагменты фигур (рис. 9) сложить целое. Время четко регламентировано. За быстрое выполнение задания даются дополнительные баллы (оценка отдельных заданий — от 8 до 13 баллов). Максимальный результат — 46 баллов.

Затем по специальной таблице первичные («сырые») оценки результатов выполнения отдельных субтестов переводятся в унифицированные, шкальные, позволяющие анализировать разброс. Подсчитывается отдельно вербальный и невербальный показатели, а затем общий показатель. Последние 3 показателя подсчитываются с коррекцией на возраст.

D. Wechsler разделял субтесты на основные, мало изменяющие результаты с возрастом (словарный, осведомленность, составление фигур, обнаружение недостающих деталей), и те, которые обнаруживают с возрастом явное ухудшение результатов (воспроизведение цифр, сходство, подстановка цифровых символов и кубики Кооса).

Деление это в известной мере условно. Некоторые субтесты, подчиняющиеся возрастным изменениям (составление фигур и недостающие детали), причисляются к группе субтестов с неизменными результатами и, наоборот, подверженные незначительному влиянию возрастных изменений субтесты — воспроизведение цифр и нахождение сходства — относятся к группе подверженных изменениям.

Сравнением показателей этих двух групп тестов D. Wechsler получил коэффициент детериорации, ущерба (DQ):

$$DQ = \frac{ТНР - ТПР}{ТНР} \times 100,$$

где ТНР — показатели по субтестам с неизмененными результатами,

ТПР — данные по субтестам с переменными результатами (полученный результат умножением на 100 выражается в процентах). Как уже указывалось, D. Bromley при геронтологических исследованиях большое значение придает выведению показателя продуктивности, который определяет интеллектуальный уровень по отношению к молодым лицам, достигшим пика биологического и интеллектуального

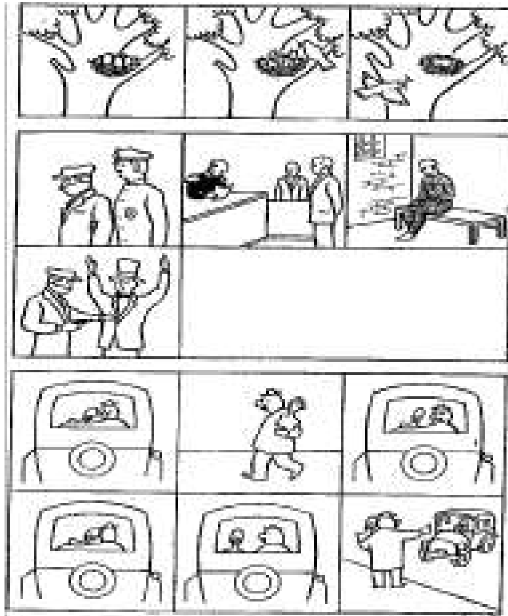


Рис. 8. Тест Векслера. Субтест «последовательные картинки»

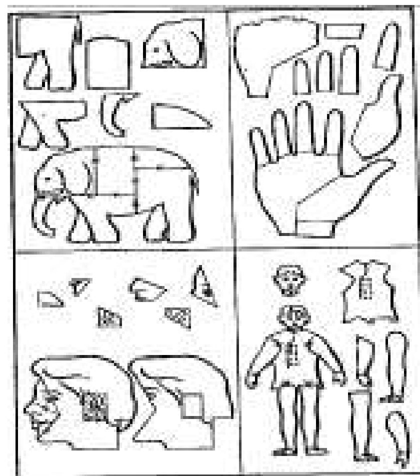


Рис. 9. Тест Векслера. Субтест «сложение фигур»

развития. У молодого человека, по D. Bromley, показатель продуктивности равен интеллектуальному показателю (IQ). У старого человека IQ удерживается на более или менее постоянном уровне, зато неуклонно снижается показатель продуктивности.

Таблицы Равена (шкала прогрессивных матриц). Тест был создан I. C. Raven в 1936 г. Вначале предполагалось, что с его помощью будут исследоваться особенности восприятия, перцепции. Это было связано с тем, что теоретической основой теста, наряду с теорией неогенеза C. Spearmen (1904), является развиваемая гештальтпсихологией теория восприятия форм. В работе с тестом выявилось, что при решении включающихся в тест заданий выступают три основных психических процесса: внимание, перцепция и мышление. Поэтому тест Равена не считается сугубо «интеллектуальным» тестом, таким тестом «всеобщего интеллекта», к которым относят обычно шкалу Векслера. При решении заданий по таблицам Равена большое значение имеет концентрация активного внимания, его достаточный объем и распределение. В частности, внимание является тем фактором восприятия, который создает определенную установку для перцептивной деятельности. С помощью теста Равена исследователи судят скорее не об интеллекте, а о способности к систематизированной, планомерной, методичной интеллектуальной деятельности.

Тест Равена состоит из невербальных заданий, что, по мнению T. Bilikiewicz (1956), имеет важное значение, так как он меньше учитывает знания, приобретенные обследуемым в связи с образованием и жизненным опытом. Тест состоит из 60 таблиц, разбитых на 5 серий. Каждая серия включает 12 таблиц, содержащих задания нарастающей трудности. В то же время характерно и усложнение типа заданий от серии к серии.

В серии А использован принцип установления взаимосвязи в структуре матриц. Задание заключается в дополнении недостающей части основного изображения одним из приведенных в каждой таблице фрагментов. Выполнение задания требует от обследуемого тщательного анализа структуры основного изображения и обнаружения этих же особенностей в одном из нескольких фрагментов. Затем происходит сличение фрагмента, его сравнение с окружением недостающей части таблицы.

Серия В построена по принципу аналогии между парами фигур. Обследуемый должен найти принцип, соответственно которому построена в каждом отдельном случае аналогия и, исходя из этого, подобрать недостающий фрагмент. При этом важно определить ось симметрии, соответственно которой расположены фигуры в основном образце.

Серия С построена по принципу прогрессивных изменений в фигурах матриц. Эти фигуры в пределах одной матрицы все больше усложняются, происходит как бы их непрерывное развитие. Обогащение фигур новыми элементами подчиняется четкому принципу, обнаружив который можно подобрать недостающую фигуру.

Серия D построена по принципу перегруппировки фигур в матрице. Обследуемый должен обнаружить эту перегруппировку, происходящую в горизонтальном и вертикальном направлении.

Серия Е основана на принципе разложения фигур основного изображения на элементы. Недостающую фигуру можно найти, поняв принцип анализа и синтеза фигур.

В инструкции обследуемому сообщают, что ему предстоит выполнить 60 заданий, и обращают внимание на их степень сложности. Затем указывается, что в каждом задании в большой рамке содержится образец определенной структуры или составленный из ряда фигур. Фигуры или рисунки образца расположены не случайно, а соответственно определенной закономерности. Установив характер присущей каждой матрице закономерности, обследуемый сможет найти недостающий фрагмент. Очередность выполнения заданий обязательна.

Первые 5 заданий (Ai— A_5) проверяются исследующим тут же, и если видно, что обследуемый понял задание, остальные он выполняет уже с учетом времени и совершенно самостоятельно. Первые 5 заданий выполняются при необходимости с помощью исследующего. Каждое правильное решение задания оценивается в 1 балл. Подсчитывается общее число баллов по всем таблицам и по отдельным сериям. Полученный общий показатель рассматривается как индекс интеллектуальной силы, умственной производительности обследуемого. Показатели выполнения заданий по отдельным сериям сравниваются со среднестатистическими, учитывается разница между результатами, полученными в каждой серии, и контрольными, полученными при статистической обработке данных обследования больших групп здоровых лиц и, таким образом, расцениваемыми как ожидаемые результаты. Такая разница позволяет судить о надежности полученных результатов (это не относится к психической патологии).

Полученный суммарный показатель по специальной таблице переводится в проценты. Различаются 5 степеней интеллектуального уровня по шкале: I степень — свыше 95 % — особо высокоразвитый интеллект; II степень — 75—94 % — интеллект выше среднего; III степень— 25—74%—средний интеллект; IV степень — 5—24 % — интеллект ниже среднего; V степень — ниже 5 % — интеллектуальный дефект.

Приведенная градация относится к определенной возрастной группе и свидетельствует об интеллектуальном уровне обследуемого относительно той возрастной группы, к которой он принадлежит.

С помощью специальной таблицы абсолютный показатель может быть переведен в интеллектуальный коэффициент (**).

Шкала «домино». Был предложен Anstey (1943) взамен матриц Равена. Статистически было показано, что тест «домино» более 20 гемогенен по отношению к так называемому фактору G по С. Spearmen (1904), который экспериментально обнаружил, что тесты,

направленные на выявление отдельных способностей, связаны между собой значимыми положительными корреляциями и пришел к выводу о существовании некоего общего, генерального фактора G, оказывающего влияние на все изучаемые переменные (тесты). Выделенный С. Spearmen генеральный фактор трактуется как пластическая функция центральной нервной системы. Таким образом, общий интеллект рассматривается как биологически обусловленное свойство. Понятие генерального фактора до сих пор является предметом дискуссий сторонников различных направлений. В тестологии шкала «домино» до сих пор считается направленной на измерение общего (врожденного) интеллекта. Поскольку считается, что генеральный фактор особенно чувствителен к патологическим нарушениям психической деятельности, шкала «домино» рассматривается как тест, особенно приемлемый для исследования интеллекта в психиатрической практике. При этом также считается, что в отличие от вербальных тестов, отражающих и интеллектуальный уровень, предшествовавший заболеванию, шкала «домино» отражает уровень в момент исследования, т. е. речь опять-таки идет о тестах с неизменными и переменными результатами.

Шкала «домино» состоит из 4 примеров и 44 заданий, расположенных по степени нарастания трудности. На предлагаемых обследуемому карточках или листах нарисованы прямоугольники с точками, наподобие употребляемых при игре в домино. Прямоугольники расположены в в определенной последовательности, анализ которой позволяет установить известную закономерность и продолжить общий ряд. Обследуемый должен сказать, сколько точек, по его мнению, должно быть в прямоугольнике, контур которого обозначен только штриховой линией.

Методика используется для психометрического исследования интеллекта, при этом на выполнение всех 44 заданий отводится 25 мин. С помощью специальных таблиц суммарные показатели переводятся в процентные, соответствующие определенному уровню интеллекта:

Количество выполненных заданий (процент)	Уровень интеллекта
31—44 (91—100)	Очень высокий
25—30 (71—90)	Высокий
17—24(31—70)	Средний
6—16(11 —3 0)	Ниже среднего
0—5 (1—10)	Низкий

Конечно, оценка результатов выполнения заданий по тесту является весьма односторонней и не может характеризовать интеллект во всех его проявлениях. Однако методика эта отличается большой простотой, она мало зависит от уровня общеобразовательной подготовки, легко может быть использована не только для индивидуальных, но и для массовых исследований и в связи с этим может применяться в комплексе методик, направленных на характеристику уровня обобщения. Кроме того, шкала «домино» может быть использована для предварительной доврачебной скриннинг-диагностики нерезко выраженных олигофрении в практике трудовой экспертизы.

МЕТОДЫ (МЕТОДИКИ) ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

Личность является наиболее сложным психическим конструктом, в котором тесно переплетаются множество социальных и биологических факторов. Изменение даже одного из этих факторов существенно отражается на его взаимоотношениях с другими факторами и на

личности в целом. С этим связано многообразие подходов к изучению личности — различные аспекты изучения личности исходят из разных концепций, они отличаются методологически соответственно тому, объектом какой науки оказывается исследование личности.

В последние годы значительно возрос интерес к исследованиям личностных особенностей психически больных как в патопсихологии, так и в клинической психиатрии. Это объясняется рядом обстоятельств: во-первых, изменения личности обладают в известной мере нозологической специфичностью и могут быть использованы для решения вопросов дифференциальной диагностики; во-вторых, анализ преморбидных свойств личности может оказаться полезным в установлении возможных причин происхождения ряда заболеваний (и не только психических, но и соматических, например, язвенной болезни, заболеваний сердечно-сосудистой системы); в-третьих, характеристика личностных изменений в течении заболевания обогащает наши представления о его патогенетических механизмах; в-четвертых, учет особенностей личности очень важен для рационального построения комплекса реабилитационных мероприятий.

Учитывая сложность понятия личности, следует сразу же согласиться с тем, что нет какого-либо одного метода ее исследования, каким бы полным и разносторонним он нам не представлялся, который может дать целостную характеристику личности. С помощью экспериментального исследования мы получаем лишь частичную характеристику личности, которая нас удовлетворяет постольку, поскольку она оценивает определенные личностные проявления, имеющие значение для решения конкретной задачи.

В настоящее время известно множество экспериментально-психологических приемов, методов, методик, направленных на исследование личности. Они, как уже указывалось, различаются особенностями подхода к самой проблеме (речь идет о различии принципиальном, методологическом), разнообразием интересов исследователей (личность изучается в педагогической психологии, в психологии труда, в социальной и патологической психологии и т. д.) и направленностью на различные проявления личности. Конечно, интересы исследователей и стоящие перед ними задачи нередко совпадают и этим объясняется то, что методики исследования личности в социальной психологии берутся на вооружение патопсихологами, методики патопсихологии заимствуются специалистами, работающими в области психологии труда.

Не существует даже сколько-нибудь четкой и тем более общепринятой классификации методов, используемых для исследования личности. Нами (В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук, 1978) предложена в качестве условной следующая классификация методов исследования личности:

1) наблюдение и близкие к нему методы (изучение биографий, клиническая беседа, анализ субъективного и объективного анамнеза и т. д.);

2) специальные экспериментальные методы (моделирование определенных видов деятельности, ситуаций, некоторые аппаратурные методики и т. д.);

3) личностные опросники и другие методы, базирующиеся на оценке и самооценке; 4) проективные методы.

Как будет видно из дальнейшего, разграничение этих 4 групп методов весьма условно и может быть использовано главным образом в прагматических и дидактических целях.

К. Leonhard (1968) считает наблюдение одним из важнейших методов диагностики личности, отдавая ему предпочтение в сравнении с методиками типа личностных опросников. При этом он придает особое значение возможности наблюдать человека непосредственно, изучать его поведение на работе и в домашней обстановке, в семье, среди друзей и знакомых, в узком кругу и при большом количестве собравшихся. Подчеркивается особенная важность наблюдения над мимикой, жестикуляцией и интонациями обследуемого, являющимися часто более объективными критериями личностных проявлений, чем слова. Наблюдение не должно быть пассивно-созерцательным. В процессе наблюдения патопсихолог анализирует те явления,

которые он видит, с точки зрения деятельности больного в определенной ситуации и с этой целью оказывает известное влияние на складывающуюся ситуацию с тем, чтобы стимулировать определенные поведенческие реакции обследуемого. Наблюдение — это преднамеренное и целенаправленное восприятие, обусловленное задачей деятельности (М. С. Роговин, 1979). В клинической беседе анализируются особенности биографии больного, присущие ему особенности личностных реакций, его отношение к собственному характеру, особенности поведения обследуемого в конкретных ситуациях. Последние К. Leonhard рассматривает как важнейший методический пункт в анализе личности. М. С. Лебединский (1971) особое внимание в исследовании личности больного уделял изучению дневников и автобиографий, составляемых им по просьбе врача, либо ведущихся и раньше.

Для исследования личности в процессе деятельности применяются специальные методики, о которых речь будет идти ниже. Следует лишь отметить, что для опытного патопсихолога такой материал дают и любые психологические методики, направленные на исследование познавательной деятельности. Например, по результатам пробы на заучивание 10 слов можно судить о наличии апатических изменений у больного шизофренией (кривая запоминания типа «плато»), о завышенном или заниженном уровне притязаний и т. п.

Значительные методические и методологические трудности возникают перед патопсихологом в связи с использованием личностных опросников. Личностные характеристики, получаемые в плане самооценки, представляют значительный интерес для патопсихолога, однако при этом нередко упускается из виду необходимость сопоставления данных самооценки с показателями, объективно представляющими личность. Из наиболее часто употребляемых личностных опросников только ММР1 располагает удовлетворительными оценочными шкалами, позволяющими судить об адекватности самооценки обследуемого. Недостатком конструкции многих личностных опросников следует считать их явную для обследуемого целенаправленность. Это в первую очередь относится к монотематическим опросникам типа шкалы тревоги. Таким образом, информацию, получаемую с помощью личностных опросников, можно адекватно оценить лишь при сравнении ее с данными объективной оценки личности, а также при дополнении ее результатами исследования личности в процессе деятельности, проективными методами. Подбор методик, дополняющих тот или иной личностный опросник, определяется во многом задачей исследования. Например, при изучении «внутренней картины» болезни позиция больного по отношению к своему заболеванию существенно уточняется введением в эксперимент методик типа незаконченных предложений.

Под проективными мы понимаем такие методики опосредованного изучения личности, которые базируются на построении специфической, пластичной ситуации, создающей в силу активности процесса восприятия наиболее благоприятные условия для проявления тенденций, установок, эмоциональных состояний и других особенностей личности (В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук, 1976, 1978). Е. Т. Соколова (1980) считает, что проективный метод, ориентированный на изучение не осознаваемых или не вполне осознанных форм мотивации, является чуть ли не единственным собственно психологическим методом проникновения в наиболее интимную область человеческой психики. Если большинство психологических приемов, считает Е. Т. Соколова, направлено на изучение того, как и за счет чего достигается объективный характер отражения человеком внешнего мира, то проективные методики ставят своей целью выявление своеобразных «субъективных отклонений», личностных «интерпретаций», причем последние далеко не всегда объективны, не всегда, как правило, личностно значимы.

Следует помнить, что диапазон проективных методик значительно шире того перечня методических приемов, которые традиционно включаются в эту группу методик (В. М. Блейхер, Л. И. Завилянская, 1970, 1976). Элементы проективности можно найти в большинстве патопсихологических методов и методик. Более того, есть основания полагать, что беседа с

обследуемым, направленная особым образом, может содержать элементы проективности. В частности, это может быть достигнуто при обсуждении с больным тех или иных жизненных коллизий или содержащих глубокий подтекст произведений искусства, явлений общественной жизни.

Патопсихологические методики в аспекте проблемы проективности проанализированы В. Э. Реньге (1976). При этом установлено, что ряд методик (пиктограммы, исследование самооценки, уровень притязаний и др.) имеет в основе неоднозначную для больного стимуляцию и не ограничивает рамки «выбора» ответов. Возможность получения относительно большого количества ответов обследуемого в значительной мере зависит от особенностей проведения патопсихологического эксперимента. Важным фактором при этом является, по В. Э. Реньге, неосознанность обследуемым истинных целей применения методик. Это обстоятельство, например, было учтено в модификации методики ТАТ Н. К. Киященко (1965). По нашим наблюдениям, в значительной мере принцип проективности присущ методике классификации. В связи с этим следует согласиться с В. Э. Реньге, что не существует методик для исследования только личностных особенностей или только познавательных процессов. Основную роль играет создание возможно более благоприятных условий для актуализации в процессе выполнения задания фактора проективности, что в известной мере определяется не только знаниями, умением психолога, но является и особым искусством.

Исследование уровня притязаний. Понятие уровня притязаний разрабатывалось психологами школы К. Lewin, В частности, была создана методика экспериментального исследования уровня притязаний F. Hoppe (1930). В эксперименте установлено, что уровень притязаний зависит от того, насколько успешно выполняются обследуемым экспериментальные задания. В. Н. Мясищев (1935) различал две стороны уровня притязаний—объективно-принципиальную и субъективно-личностную. Последняя тесно связана с самооценкой, чувством неполноценности, тенденцией самоутверждения и стремлением видеть в показателях своей деятельности снижение или повышение трудоспособности. Далее автор указывал, что соотношением этих моментов и определяется уровень притязания больных, особенно при психогенных заболеваниях.

Уровень притязаний не является однозначной, стабильной личностной характеристикой (Б. В. Зейгарник, 1969, 1972; В. С. Мерлин, 1970). Можно различить исходный уровень притязаний, определяющийся степенью трудности заданий, которые человек считает выполнимыми для себя, соответствующими его возможностям. Далее можно говорить об известной динамике уровня притязаний в соответствии с тем, насколько уровень притязаний оказался адекватным уровню достижений. В результате деятельности человека (это относится и к условиям экспериментальной ситуации) устанавливается, наконец, некоторый типичный для данной личности уровень притязаний.

В формировании уровня притязаний большую роль играет соответствие деятельности обследуемого его предположениям о степени сложности заданий, выполнение которых приносило бы ему удовлетворение. В. С. Мерлин (1970) придавал большое значение социальным факторам, считая, что в одной и той же деятельности существуют различные социальные нормы достижений для разных социальных категорий в зависимости от должности, специальности, квалификации индивида. Этот фактор играет известную роль и в условиях экспериментального исследования уровня притязаний — даже правильное выполнение экспериментальных заданий при определенной самооценке обследуемого может не восприниматься им как успешное. Отсюда вытекает принцип важности значения подбора экспериментальных заданий,

Характер реакции обследуемого на успех или неуспех в первую очередь определяется тем, насколько устойчива у него самооценка. Анализируя динамику уровня притязаний, В. С.

Мерлин находил, что легкость или трудность приспособления личности к деятельности путем изменения уровня притязаний зависит от свойств темперамента (тревожность, экстра- или интровертированность, гмоциональность) и от таких сугубо личностных свойств, как начальный уровень притязаний, адекватность или неадекватность самооценки, степень ее устойчивости, мотивы самоутверждения.

Помимо самооценки, в динамике уровня притязаний существенную роль играют такие моменты, как отношение обследуемого к ситуации эксперимента ' и исследующему, оценка деятельности обследуемого экспериментатором, регистрирующим в ходе опыта успех или неуспех, характер экспериментальных заданий.

В лаборатории Б. В. Зейгарник разработан вариант методики исследования уровня притязаний (Б. И. Бежанишвили, 1967). Перед больным двумя рядами раскладывают оборотной стороной вверх 24 карточки. В каждом ряду (от 1 к 1 2 и о т 1 , а к 12, а) карточки содержат вопросы нарастающей сложности, например:

1. Написать 3 слова на букву «Ш».
1.а Написать 5 слов на букву «Н».
3. Написать названия 5 городов на букву «Л».
3,а Написать 6 имен на букву «Б».
10. Написать фамилии 5 писателей на букву «С»
10,а Написать фамилии 5 известных советских киноартистов на букву «Л».
12. Написать фамилии 7 французских художников
12,а Написать фамилии известных русских художников на букву «К»

Обследуемому сообщают, что в каждом ряду карточки расположены по возрастающей степени сложности задания, что параллельно в двух рядах лежат карточки одинаковой трудности. Затем ему предлагают соответственно своим возможностям выбирать задания той или иной сложности и выполнить их. Обследуемого предупреждают о том, что на каждое задание отпускается определенное время, но какое — ему не говорят. Включая секундомер каждый раз, когда обследуемый берет новую карточку, исследующий при желании может сказать обследуемому, что он не уложился в положенное время и поэтому задание считается невыполненным. Это позволяет исследующему искусственно создавать «неуспех».

Опыт тщательно протоколируется. Обращается внимание на то, насколько уровень притязаний больного соответствует его возможностям (интеллектуальному уровню, образованию) и как он реагирует па успех или неуспех. Одни больные после успешного выполнения, например, 3-го задания сразу же берут 8-ю или 9-ю карточку, другие, наоборот, крайне осторожны — правильно выполнив задание, они берут карточку либо той же степени сложности, либо следующую. То же самое при неуспехе — одни обследуемые берут карточку той же сложности либо незначительно менее трудную, тогда как другие, не выполнив 9-е задание, переходят на 2-е или 3-е, что свидетельствует о крайней хрупкости у них уровня притязаний. Возможно и такое поведение больного, когда, несмотря на неуспех, он продолжает выбирать задания все более сложные. Это свидетельствует о недостаточности критичности мышления.

Н. К. Калита (1971) установила, что применяемые в варианте Б. И. Бежанишвили вопросы, направленные на выявление общеобразовательного уровня, трудно поддаются ранжированию. Степень их трудности определяется не только объемом жизненных знаний и уровнем образования обследуемого, но во многом зависит и от круга его интересов. В поисках более объективных критериев установления степени сложности заданий Н. К. Калита предложила использовать картинки, отличающиеся друг от друга количеством элементов. Здесь критерием сложности является количество различий между сравниваемыми картинками. Кроме того, контрольными обследованиями можно установить время, затрачиваемое здоровыми на

выполнение задания различной степени сложности. В остальном проведение исследования уровня притязаний в модификации Н. К. Калиты не изменилось.

Для проведения исследования могут быть использованы и задачи другого рода, при подборе которых можно относительно объективно установить их градацию по степени сложности: кубики Кооса, одна из серий таблиц Равена. К каждому из заданий необходимо подобрать параллельное, примерно равное по степени трудности,

Результаты исследования могут быть представлены для большей наглядности и облегчения их анализа в виде графика.

Представляют интерес исследования уровня притязаний с оценкой некоторых количественных показателей. Такое исследование может иметь значение для объективной характеристики степени психического дефекта обследуемого. Попытка модификации методики исследования уровня притязаний была предпринята В. К. Горбачевским (1969), использовавшим для этого все субтесты шкалы Векслера (WAIS). Однако модификация В. К. Гербачевского представляется нам сложной для патопсихологического исследования, и поэтому мы несколько модифицировали вариант методики Зейгар-ник — Бежанишвили.

Согласно инструкции, обследуемый должен из 24 карточек, содержащих различные по своей трудности вопросы, выбрать соответственно своим возможностям 11 (из них учитываются первые 10). Время ответа не регламентируется, т. е. важно учесть фактическое выполнение заданий, однако обследуемому советуют при невозможности ответить на вопрос сразу же сказать об этом. Учитывая известное нарастание трудности заключенных в карточках вопросов, ответы соответственно оцениваются в баллах, например, правильный ответ на карточки № 1 и № 1, а в 1 балл, № 2 и № 2, а— в 2 балла, № 8 и № 8, а—в 8 баллов и т. д. При этом, так же как и по В. К. Горбачевскому, определяется величина уровня притязаний (суммарная оценка выбранных карточек) и уровня достижений (сумма набранных очков).

Кроме того, вычисляется средний показатель, определяющий тенденцию деятельности после успешного или неуспешного ответа. Например, если обследуемый ответил на 7 из 10 вопросов, подсчитывается отдельно сумма баллов по карточкам, выбранным после успешного ответа, и делится на 7. Аналогично определяется средний показатель тенденции деятельности после 3 неуспешных ответов. Для оценки выбора карточки после последнего ответа обследуемому предлагают неучитываемое 11-е задание.

Методика исследования уровня притязаний, как показывает практический опыт, позволяет обнаружить личностные особенности больных при шизофрении, циркулярном психозе, эпилепсии, психопатиях, церебральном атеросклерозе, органических поражениях головного мозга, протекающих с характерологическими изменениями.

Исследование самооценки по методике Дембо—Рубинштейн. Методика предложена С. *Я.* Рубинштейн (1970) для исследования самооценки. В ней использован прием Т. Dembo, с помощью которого обнаруживались представления обследуемого о своем счастье.

С. Я. Рубинштейн значительно изменила эту методику, расширила ее, ввела вместо 1 шкалы отсчета 4 (здоровье, умственное развитие, характер и счастье). Следует заметить, что использование шкалы отсчета для характеристики какого-либо личностного свойства значительно больше способствует выявлению позиции обследуемого, чем применение альтернативных методик типа профиля полярностей и листа прилагательных, когда больному предлагают набор определений (уверенный — робкий, здоровый — больной) и просят обозначить свое состояние (H. Heirmann, 1967). В методике Дембо—Рубинштейн обследуемому представляется возможность определить свое состояние по избранным для самооценки шкалам с учетом ряда нюансов, отражающих степень выраженности того или иного личностного свойства.

Методика отличается крайней простотой. На листе бумаги проводится вертикальная черта, о которой обследуемому говорят, что она обозначает счастье, причем верхний полюс

соответствует состоянию полного счастья, а нижний занимают самые несчастливые люди. Обследуемого просят обозначить на этой линии чертой или кружочком свое место. Такие же вертикальные линии проводятся и для выражения самооценки больного по шкалам здоровья, умственного развития, характера.

Затем приступают к беседе с больным, в которой выясняют его представление о счастье и несчастье, здоровье и нездоровье, хорошем и плохом характере и т. д. Выясняется, почему больной сделал отметку в определенном месте шкалы для обозначения своих особенностей. Например, что побудило его поставить отметку в данном месте шкалы здоровья, считает ли он себя здоровым или больным, если больным, то какой болезнью, кого он считает больными.

Своеобразный вариант методики описан Т. М. Габриял (1972) с использованием каждой из шкал с 7 категориями, например: самый больной, весьма больной, более или менее больной, средне больной, более или менее здоровый, весьма здоровый, самый здоровый. Использование шкал с такой градацией, по наблюдению автора, обеспечивает более тонкие различия в выявлении позиции обследуемых.

В зависимости от конкретной задачи, стоящей перед исследующим, в методику можно вводить и другие шкалы. Так, при обследовании больных алкоголизмом мы пользуемся шкалами настроения, семейного благополучия и служебных достижений. При обследовании больных в депрессивном состоянии вводятся шкалы настроения, представления о будущем (оптимистического или пессимистического), тревоги, уверенности в себе и т. п.

В анализе полученных результатов С. Я. Рубинштейн уделяет основное внимание не столько расположению отметок на шкалах, сколько обсуждению этих отметок. Психически здоровым людям, по наблюдениям С. Я. Рубинштейн, присуща тенденция определять свое место по всем шкалам точкой «чуть выше середины».

У психически больных отмечается тенденция относить точки отметок к полюсам линий и исчезает «позиционное» отношение к исследующему, играющее, по мнению С. Я- Рубинштейн, важную роль в определении своего места на линиях шкал психически здоровыми, независимо от их самооценки и реальной жизненной ситуации.

Получаемые с помощью этой методики данные приобретают особый интерес при сопоставлении с результатами обследования у данного больного особенностей мышления и эмоционально-волевой сферы.

При этом могут быть выявлены нарушение критичности к себе, депрессивная самооценка, эйфоричность. Сопоставление данных о самооценке с объективными показателями по ряду экспериментально-психологических методик в известной мере позволяет судить о присущем больному уровне притязаний, степени его адекватности. Можно думать, что самооценка при некоторых психических заболеваниях не остается постоянной, и характер ее зависит не только от специфичности психопатологических проявлений, но и от стадии болезни.

Личностный опросник Айзенка является вариантом, созданным автором (H. J. Eysenk, 1964) в процессе переработки им же предложенного Маудслейского опросника (1952) и так же, как и предыдущий, направлен на исследование факторов экстра-, интроверски и нейротизма.

Понятия экстра- и интроверсии были созданы психоаналитиками. С Jung
различал экстра- и интровертированные рациональные мыслительный и эмоциональный) и иррациональные (сенсорный — и интуитивный) психологические типы типы.

По мнению K. Leonhard (1970), критерии различения экстра- и интроверсии С. Jung в основном сводились к субъективности и объективности мышления. H. J. Eysenk (1964) связывает экстра- и интроверсию со степенью возбуждения и торможения в центральной нервной системе, рассматривая этот фактор, являющийся в значительной мере врожденным, как результат баланса процессов возбуждения и торможения. При этом особая роль придается влиянию состояния ретикулярной формации на соотношения основных нервных процессов. H. J. Eysenk указывает также на значение в этом биологических факторов: некоторые наркотики

интровертируют человека, тогда как антидепрессанты его экстравертируют. Типичные экстраверт и интроверт рассматриваются Н. как личности противоположные, края континуума, к которым разные люди в той или иной мере приближаются. По Н. J. Eysenk, экстраверт общителен, любит вечеринки, имеет много друзей, нуждается в людях, чтобы поговорить с ними, не любит сам читать и учиться. Он жаждет возбуждения, рискует, действует под влиянием момента, импульсивен. Экстраверт любит каверзные шутки, не лезет в карман за словом, обычно любит перемены. Он беззаботен, добродушно весел, оптимистичен, любит смеяться, предпочитает движение и действие, имеет тенденцию к агрессивности, вспыльчив. Его эмоции и чувства строго не контролируются, и на него не всегда можно положиться.

В противоположность экстраверту интроверт спокоен, застенчив, интроспективен. Он предпочитает общению с людьми книгу. Сдержан и отдален от всех, кроме близких друзей. Планирует свои действия заранее. Не доверяет внезапным побуждениям. Серьезно относится к принятию решений, любит во всем порядок. Контролирует свои чувства, редко поступает агрессивно, не выходит из себя. На интроверта можно положиться. Он несколько пессимистичен, высоко ценит этические нормы.

Сам Н. J. Eysenk считает, что описанная им характеристика интро- и экстраверта лишь напоминает описанную С. Jung, но не является идентичной ей. К. Leonhard считает, что описание Н. J. Eysenk экстраверта соответствует картине гипоманиакального состояния и полагает, что фактор экстра- и интроверсии нельзя связывать с чертами темперамента. По мнению К. Leonhard, понятия интро- и экстраверсии представляют собой собственную психическую сферу, причем для экстраверта определяющее влияние имеет мир ощущений, а для интроверта — мир представлений, так что один побуждается и управляется больше снаружи, а другой — больше изнутри.

Следует отметить, что точка зрения К. Leonhard в значительной мере соответствует взглядам В. Н. Мясищева (1926), определившим эти типы личности, с клинико-психологической точки зрения, как экспансивный и импрессивный, а с нейрофизиологической стороны — возбудимый и заторможенный.

J. Gray (1968) ставит вопрос об идентичности параметров силы нервной системы и интро- и экстраверсии, причем полюсу слабости нервной системы соответствует полюс интроверсии. При этом J. Gray параметр силы нервной системы рассматривает в аспекте уровней активации — слабая нервная система рассматривается им как система более высокого уровня реакции по сравнению с сильной нервной системой при условии воздействия на них объективно одинаковых физических стимулов.

J. Strelau (1970) установил, что экстраверсия положительно связана с силой процесса возбуждения и подвижностью нервных процессов. В то же время не существует связи между экстраверсией и силой торможения (в типологии И. П. Павлова сила торможения устанавливается исключительно для условного торможения, В концепции J. Strelau речь идет о «временном» торможении, состоящем из условного и охранительного, т. е. из двух различных видов торможения). Все три свойства нервной системы (сила возбуждения, сила торможения и подвижность нервных процессов), по данным J. Strelau, отрицательно связаны с параметром нейротизма. Все это свидетельствует о неправомерности сопоставления типологии личности по Н. J. Eysenk с типами высшей нервной деятельности по И. П. Павлову.

Фактор нейротизма (или нейротицизма) свидетельствует, по Н. J. Eysenk, об эмоционально-психологической устойчивости или неустойчивости, стабильности — нестабильности и рассматривается в связи с врожденной лабильностью вегетативной нервной системы. В этой шкале личностных свойств противоположные тенденции выражены дискордантностью и конкордантностью. При этом на одном полюсе оказывается человек «внешней нормы», за которой скрывается подверженность всевозможным психологическим пертурбациям, влекущим к неуравновешенности нервно-психической деятельности. На другом

полюсе—личности, психологически устойчивые, хорошо адаптирующиеся к окружающей социальной микросреде.

Фактору нейротизма отводится исключительно важная роль в созданной Н. J. Eysenk диатезно-стрессовой гипотезе этиопатогенеза неврозов, согласно которой невроз рассматривается как следствие констелляции стресса и предрасположения к неврозу. Нейро-тизм отражает предрасположение к неврозу, предиспозицию. При выраженном нейротизме, по Н. J. Eysenk, достаточно незначительного стресса, и, наоборот, при невысоком показателе нейротизма для возникновения невроза требуется сильный стресс, чтобы развился невроз.

Кроме того, в опросник Айзенка введена контрольная шкала (шкала лжи). Она служит для выявления обследуемых с «желательной реактивной установкой», т. е. с тенденцией реагировать на вопросы таким образом, чтобы получились желаемые для обследуемого результаты.

Опросник разработан в 2 параллельных формах (А и Б), позволяющих провести повторное исследование после каких-либо экспериментальных процедур. Вопросы отличаются, по сравнению с ММР1, простотой формулировок. Важным представляется факт сведения к нулю корреляции между шкалами экстраверсии и нейротизма.

Опросник состоит из 57 вопросов, из них 24 — по шкале экстраверсии, 24 — по шкале нейротизма и 9—по шкале лжи.

Исследованию предшествует инструкция, в которой указывается, что исследуются личностные свойства, а не умственные способности. На вопросы предлагается отвечать не раздумывая, сразу же, так как важна первая реакция обследуемого на вопрос. На вопросы можно отвечать только «да» либо «нет», нельзя их пропускать.

Затем предъявляются вопросы либо в специальной тетради (это облегчает оценку, так как позволяет использовать ключ в виде трафарета со специально прорезанными окошками), либо нанесенные на карточки с соответствующим образом обрезанными углами (для последующего учета). Приводим типичные вопросы.

Так, об экстравертированности свидетельствуют следующие вопросы (в скобках отмечается соответствующий ответ, при противоположном характере ответа он всчитывается в показатель интроверсии):

Нравится ли вам оживление и суета вокруг вас? (да),

Вы из тех людей, которые не лезут за словом в карман? (да).

Держитесь ли вы обычно в тени на вечеринках или в компаниях? (нет). Предпочитаете ли вы работать в одиночестве? (нет).

Максимальная оценка по шкале экстраверсии в данном варианте опросника Айзенка — 24 балла. Об экстравертированности свидетельствует показатель выше 12 баллов. При показателе ниже 12 баллов говорят об интровертированности. Вопросы, типичные для шкалы нейротизма:

Чувствуете ли вы себя иногда счастливым, а иногда печальным без какой-либо причины? (по шкале нейротизма учитываются только положительные ответы).

Бывает ли у вас иногда дурное настроение?

Легко ли вы поддаетесь переменам настроения?

Часто ли вы теряли сон из-за чувства тревоги?

О нейротизме свидетельствует превышающий 12 баллов показатель в этой шкале. Примеры вопросов по шкале лжи:

Всегда ли вы делаете немедленно и безропотно то, что вам приказывают? (Да).

Смеетесь ли вы иногда неприличным шуткам? (нет).

Хвастаетесь ли вы иногда? (нет).

Всегда ли вы отвечаете на письма сразу после прочтения? (да).

Показатель в 4—5 баллов по шкале лжи рассматривается уже как критический. Высокий показатель в этой шкале свидетельствует о тенденции обследуемого давать «хорошие» ответы. Тенденция эта проявляется и в ответах на вопросы по другим шкалам, однако шкала лжи была задумана своеобразным индикатором демонстративности в поведении обследуемого.

Следует отметить, что шкала лжи в опроснике Айзенка далеко не всегда способствует решению поставленной задачи. Показатели по ней в первую очередь коррелируют с интеллектуальным уровнем обследуемого. Нередко лица с выраженными истерическими чертами и склонностью к демонстративности в поведении, но обладающие хорошим интеллектом, сразу же определяют направленность содержащихся в этой шкале вопросов и, считая их отрицательно характеризующими обследуемого, дают по этой шкале минимальные показатели. Таким образом, очевидно, шкала лжи в большей мере свидетельствует о личностной примитивности, чем о демонстративности в ответах.

По H. J. Eysenk (1964, 1968), у интровертов наблюдаются дистимические симптомы, у экстравертов — истерические и психопатические. Больные неврозом различаются лишь по индексу экстраверсии. По индексу нейротизма на крайних полюсах располагаются здоровые и больные неврозом (психопаты). У больных шизофренией наблюдается низкий показатель нейротизма, у больных в депрессивном состоянии — высокий. С возрастом отмечена тенденция к уменьшению показателей нейротизма и экстраверсии.

Эти данные H. J. Eysenk нуждаются в уточнении. В частности, в случаях психопатии при исследовании с помощью опросника обнаруживается известное различие показателей. Так, психопаты шизоидные и психастенического круга, по нашим наблюдениям, нередко обнаруживают интровертированность. Различные формы неврозов также отличаются не только по показателю экстраверсии. Для больных истерией нередко характерен высокий показатель лжи и утрированно высокий показатель нейротизма, нередко не соответствующий объективно наблюдаемой клинической картине.

В последние варианты опросника Айзенка (1968, 1975) введены вопросы по шкале психотизма. Под фактором психотизма понимается тенденция к отклонениям от психической нормы, как бы предрасположенность к психозу. Общее количество вопросов — от 78 до 101. По данным S. Eysenk и H. J. Eysenk (1969), показатели по шкале психотизма зависят от пола и возраста обследуемых, они ниже у женщин, более высокие у подростков и пожилых людей. Зависят они также от социально-экономического статуса обследованных. Однако наиболее существенной разница по фактору психотизма оказалась при сравнении здоровых обследуемых с больными психозами, т. е. при более тяжело протекающих неврозах, а также с лицами, находящимися в заключении.

Существует также личностный опросник S. Eysenk(1965), адаптированный для обследования детей, начиная с 7-летнего возраста. Он содержит 60 вопросов, составленных с учетом возраста и интерпретируемых по шкалам экстра- и интроверсии, нейротизма и лжи.

Опросник для исследования акцентуированных свойств личности разработан H. Schmieschek (1970) на основе концепции акцентуированных личностей K. Leonhard (1964, 1968). Согласно ей, существуют черты личности (акцентуированные), которые сами по себе еще не являются патологическими, однако могут при определенных условиях развиваться в положительном и отрицательном направлениях. Эти черты являются как бы заострением некоторых, присущих каждому человеку, неповторимых, индивидуальных свойств, крайним вариантом нормы. У психопатов эти черты достигают особенно большой выраженности. По наблюдениям K. Leonhard, неврозы, как правило, возникают у акцентуированных личностей. Э. Я. Штернберг (1970) проводит аналогию между понятиями «акцентуированная личность» K. Leonhard и «шизотимия» E. Kretschmer. Выделение группы акцентуированных личностей может оказаться плодотворным для разработки вопросов клиники и этиопатогенеза в пограничной психиатрии, в том числе и при изучении соматопсихических коррелятов при некоторых

соматических заболеваниях, в происхождении которых видную роль играют личностные особенности заболевшего. По мнению Э. *Я.* Штернберга, концепция акцентуированных личностей может оказаться полезной и для изучения свойств личности родственников психически больных. К. Leonhard выделяет 10 основных типов акцентуации.

1. Гипертимные личности, характеризующиеся склонностью к повышенному настроению.
2. «Застревающие» личности, со склонностью к задержке, «застреванию» аффекта и бредовым (паранойяльным) реакциям.
3. Эмотивные, аффективно лабильные личности.
4. Педантичные личности, с преобладанием черт ригидности, малой подвижности нервных процессов, педантизма.
5. Тревожные личности, с преобладанием в характере черт тревожности.
6. Циклотимные личности, со склонностью к фазным колебаниям настроения.
7. Демонстративные личности, с истерическими чертами характера.
8. Возбудимые личности, со склонностью к повышенной, импульсивной реактивности в сфере влечений.
9. Дистимические личности, со склонностью к расстройствам настроения, субдепрессивные.
10. Экзальтированные личности, склонные к аффективной экзальтации.

Все эти группы акцентуированных личностей объединяются К. Leonhard по принципу акцентуации свойств характера или темперамента. К акцентуации свойств характера, «особенностей стремлений» относятся демонстративность (в патологии — психопатия истерического круга), педантичность (в патологии—ананкастиче-ская психопатия), склонность к «застреванию» (в патологии—паранойяльные психопаты) и возбудимость (в патологии — эпилептоидные психопаты). Остальные виды акцентуации К. Leonhard относит к особенностям темперамента, они отражают темп и глубину аффективных реакций.

Опросник Шмишека состоит из 88 вопросов. Приводим характерные вопросы.

Для выявления гипертимности: Предприимчивы ли вы? (да).
Можете ли вы развлекать общество, быть душой компании? (да).

Для выявления склонности к «застреванию»:
Отстаиваете ли вы энергично свои интересы, когда по отношению к вам допускают несправедливость? (да).
Заступаетесь ли вы за людей, по отношению к которым допущена несправедливость? (да).
Упорствуете ли вы в достижении цели, если на пути встречается много препятствий? (да).

Для выявления педантичности:
— Не возникают ли у вас по окончании какой-нибудь работы сомнения в качестве ее исполнения и не прибегаете ли вы к проверке — правильно ли зсе было сделано? (да).
— Раздражает ли вас, если занавес или скатерть висят неровно, стараетесь ли вы это поправить? **(Да).**

Для выявления тревожности:
— Не боялись ли вы в детские годы грозы, собак? (да),
— Беспокоит ли вас необходимость спуститься в темный погреб, войти в пустую неосвещенную комнату? (да).

Для выявления циклотимности:
— Бывают ли у вас переходы от веселого настроения к очень тоскливому? (да).
— Случается ли с вами, что, ложась спать в отменном настроении, утром вы встаете в плохом расположении духа, которое длится несколько часов? (да).

Для выявления демонстративное™:

— Случалось ли вам рыдать, переживая тяжелое нервное потрясение? (да).

— Охотно ли вы в школе декламировали стихи? (да).

— Не трудно ли вам выступать на сцене или с кафедры перед большой аудиторией? (нет).

Для выявления возбудимости:

— Легко ли вы впадаете в гнев? (да).

— Можете ли вы, сердясь на кого-нибудь, пустить в ход руки? (да).

— Совершаете ли вы под влиянием алкоголя внезапные, импульсивные поступки? (да).

Для выявления дистимичности:

— Способны ли вы быть шаловливо-веселым? (нет).

— Нравится ли ва'м бывать в обществе? (нет).

Для выявления экзальтированности:

— Бывают ли у вас состояния, когда вы преисполнены счастья? (да).

— Можете ли вы под влиянием разочарования впасть в отчаяние? (да).

Ответы на вопросы заносятся в регистрационный лист, а затем с помощью специально подготовленных ключей подсчитывается показатель по каждому из видов личностной акцентуации. Использование соответствующих коэффициентов делает эти показатели сопоставимыми. Максимальный показатель по каждому виду акцентуации — 24 балла. Признаком акцентуации считается показатель, превосходящий 12 баллов. Результаты можно выразить графически в виде профиля личностной акцентуации. Можно подсчитать и средний показатель акцентуации, равный частному от деления суммы всех показателей по отдельным видам акцентуации на 10. Методика Шмишека была адаптирована и для исследования детей и подростков с учетом их возрастных особенностей и интересов (И. В. Крук, 1975).

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) разработан Н. *Я.* Ивановым и А. Е. Личко (1976, 1981) и предназначен для исследования характерологических отклонений у подростков при психопатиях и акцентуациях характера.

В отличие от К. Leonhard, А. Е. Личко (1977) рассматривает акцентуацию не в личностном плане, а соотносит ее с характером, так как личность является более широким понятием, включающим в себя, помимо характера и темперамента, интеллект, способности, мировоззрение и т. д. Характер автор рассматривает как базис личности. Кроме того, существенное значение, по А. Е. Личко, имеет и то обстоятельство, что характер формируется в основном в подростковом возрасте, личность как целое — уже при повзрослении. По количественным показателям (тяжесть, продолжительность и частота декомпенсаций и фаз, психогенных реакций, соответствие этих реакций силе и особенностям патогенных факторов, степень выраженности крайних форм нарушений поведения, оценка социальной дезадаптации, глубина нарушений самооценки) выделяются различные степени тяжести психопатии и акцентуации характера: тяжелая, выраженная и умеренная психопатия, явная и скрытая акцентуация.

Приводим сопоставление типов акцентуации по К. Leonhard (1976) и А. Е. Личко (1983):

По К. Leonhard	По А. Е. Личко
Демонстративный	Истероидный
Педантичный	Психастенический
Застревающий	----------------------
Возбудимый	Эпилептоидный
Гипертимический	Гипертимный
Дистимический	
Аффективно-лабильный	Циклоидный
Аффективно-экзальтированный	Лабильный

Koob.ru

Эмотивный	Лабильный
Тревожный (боязливый)	Сенситивный
Экстравертированный	Гипертимно-конформный
Интровертированный	Шизоидный
То же	Сенситивный
	Неустойчивый
	Конформный
	Астеноневротический

А. Е. Личко обращает внимание на то, что в классификации K. Leonhard отсутствуют довольно распространенные в подростковом возрасте неустойчивый и конформный типы, а также астено-невротический тип. В то же время, по его наблюдениям, дистимический и застревающий типы (соответственно конституционально-депрессивный и паранойяльный по П. Б. Ганнушкину, 1933) в подростковом возрасте практически не встречаются.

ПДО предназначен для определения в подростковом возрасте (14—18 лет) типов характера при конституциональных и органических психопатиях, психопатических развитиях и акцентуациях характера.

В соответствии с концепцией психологии отношений А. Ф. Лазурского (1912) и В. Н. Мясищева (1949, 1953, 1960) в опросник включены основные, имеющие актуальное значение для подростков, проблемы: самочувствие, настроение, сон и сновидения, пробуждение, аппетит и отношение к одежде, деньгам, к родителям и друзьям, к окружающим и незнакомым людям, к одиночеству, будущему, новому, неудачам, приключениям и риску, лидерству, критике и возражениям, опеке и наставлениям, правилам и законам, оценка себя в детстве, отношение к школе, оценка себя в данный момент.

Каждой проблеме в ПДО соответствует от 10 до 20 предложений, из которых на первом этапе исследования подросток должен выбрать одно или несколько (до 3) утверждений. Ему разрешается и отказ выбора по нескольким проблемам. На втором этапе исследования подростка просят выбрать наиболее неподходящие, отвергаемые ответы. Такая свобода выбора рассматривается как более предпочтительное явление по сравнению с альтернативными ответами типа «да» и «нет», обычно применяемыми в большинстве личностных опросников. Каждое утверждение дает от 1 до 3 баллов по соответствующему типу акцентуации. Система оценок позволяет выяснить, каким видит свой характер сам обследуемый (шкала субъективной оценки) и к какому типу акцентуации он в действительности относится (шкала объективной оценки). Кроме того, тип акцентуации считается неопределенным, если по шкале объективной оценки не достигнут специально разработанный показатель (минимальное диагностическое число) ни по одному из типов.

В новом варианте ПДО (1981 г.) раскодирование по шкале субъективной оценки обычно не проводится, за исключением случаев, когда исследующий специально ставит перед собой цель дать характеристику того, каким себя видит или хотел бы видеть подросток. В основном же обработка результатов начинается с раскодирования по шкале объективной оценки. С этой целью строится график, в котором по вертикали соответственно каждому типу акцентуации откладываются баллы, полученные на обоих этапах исследования. Оценка графика производится в следующем порядке: определяются степень конформности, показатель негативного отношения к обследованию, возможная склонность к диссимуляции, степень откровенности, возможность органической природы психопатии или акцентуации, отражение в самооценке склонности к реакции эмансипации, психологическая склонность к делинквент-ному поведению и к алкоголизации.

В практике патопсихологи часто расширяют возрастной диапазон применения ПДО—от 10 до 25 лет. В детском возрасте возможности применения ПДО ограничены, особенно для

обследования детей дошкольного возраста. В этих случаях определение типа акцентуации производится главным образом путем опроса ребенка и его родителей. При массовых исследованиях предложена методика определения типа акцентуации, характера с помощью эталонов (И. В. Крук, 1983). Эталоны представляют собой карточки, содержащие описания типов акцентуации, составленные с учетом интересов и поведенческих особенностей детей дошкольного возраста. Карточки-эталоны предъявляются для ознакомления родителям и по их выбору определяется тип акцентуации характера ребенка.

Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММР1) разработан в (1943) и основан на анализе личностных свойств психически больных. Он состоит из 550 утверждений (в основном варианте), относящихся к общему самочувствию обследуемого, функционированию у него тех или иных систем внутренних органов, к его отношениям с окружающими, к наличию у него психопатологической симптоматики, к особенностям его самооценки и т. д.

Обследуемый по каждому утверждению выбирает один из трех вариантов ответа: «верно», «неверно», «не могу сказать». Опросник используется как для индивидуальных, так и для групповых исследований. Американские исследователи рекомендуют использовать опросник для обследования лиц в возрасте от 16 до 55 лет при интеллектуальном коэффициенте (по Векслеру) не ниже 80.

Ответы на содержащиеся в опроснике утверждения распределяются по 3 оценочным и 10 основным (клиническим) шкалам. Помимо основных, имеется множество дополнительных шкал (алкоголизма, зрелости, тревоги, контроля, диссимуляции, эмоциональной незрелости, контроля над враждебностью, лидерства, тревоги и т. д.), базирующихся на тех же 550 утверждениях. К опроснику прибавлено 16 повторяющихся утверждений — шкала ретестирования, свидетельствующая об отсутствии противоречивости в ответах на одни и те же утверждения.

Оценочные шкалы дают характеристику отношения обследуемого к самому факту исследования и в известной мере свидетельствуют о достоверности результатов. Эти шкалы существенно отличают ММР1 от всех других опросников.

Шкала лжи (L) свидетельствует о тенденции испытуемого представить себя в наиболее благоприятном свете в соответствии с общепринятыми социальными нормами. Высокие показатели по этой шкале чаще наблюдаются у примитивных личностей.

Примеры утверждений:

— Я не всегда говорю правду (учитывается отрицательный ответ).

— Иногда я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня (отрицательный ответ).

Шкала валидности (F) при обнаружении высоких показателей свидетельствует о недостоверности полученных результатов. Такое повышение может наблюдаться при явно психотических состояниях, при непонимании обследуемым утверждений, содержащихся в опроснике, а также при намеренном искажении результатов.

Примеры утверждений:

—Временами я нахожусь во власти какой-то злой силы (да).

— Было бы лучше, если бы все законы отменили (да).

Иногда я чувствую, что должен нанести повреждение или самому себе или кому-нибудь другому (да).

Шкала коррекции (К) служит для выявления тенденции обследуемого скрыть или приуменьшить присущие ему психопатологические явления или, наоборот, выявляет его чрезмерную откровенность.

Примеры утверждений:

— Меня не беспокоит, что обо мне говорят другие (нет).

— *Я* против того, чтобы подавать милостыню (нет).

Шкала «?» регистрирует количество утверждений, на которые обследуемый не смог

ответить.

Показатели по этим шкалам оцениваются не только в отдельности, но и в совокупности и в соотношении с показателями клинических шкал. При показателях по оценочным шкалам свыше 70 Т-баллов профиль личности считается сомнительным, а свыше 80 — недостоверным. Однако даже при высоких показателях по этим шкалам профиль личности может быть проанализирован опытным психологом при постоянном сопоставлении результатов с клиникой. Высокий положительный показатель F—К свидетельствует о тенденции к утрированию обследуемым своего болезненного состояния, аггравации, симуляции. Высокий отрицательный показатель F—К — признак диссимуляции, стремления обследуемого продемонстрировать соблюдение им социальных норм поведения. Однако эти показатели также должны постоянно соотноситься с клиническими факторами, с данными наблюдения. Например, в судебно-экспертной практике мы часто наблюдаем высокий положительный индекс F—К, хотя ни в поведении, ни в выполнении обследуемым заданий по методикам, направленным на исследование познавательных процессов, явлений аггравации или симуляции психолог не видит. Очевидно, в этих случаях речь идет о своеобразном механизме психологической защиты, который может быть обозначен как предсимуляция. Разовьется или нет в дальнейшем симуляция, зависит от того, как будет складываться ситуация.

Оценка полученных результатов производится по следующим основным шкалам.

I — шкала ипохондрии (сверхконтроля, соматизации тревоги) измеряет степень фиксированности обследуемого на своих соматических функциях. Высокий показатель по этой шкале свидетельствует о частоте и неопределенности соматических жалоб, о желании вызвать сочувствие у окружающих.

Примеры утверждений:

— Несколько раз в неделю у меня бывает изжога (да).

— у меня часто бывает чувство, будто 'моя голова стянута обручем (да).

II — шкала депрессии (тревоги и депрессивных тенденций) свидетельствует о преобладании депрессивного настроения, пессимизма, неудовлетворенности.

Примеры утверждений:

— Работа дается мне ценою значительного напряжения (да).

— У меня прерывистый и беспокойный сон (да).

— Временами я уверен в собственной бесполезности (да).

III — шкала истерии (эмоциональной лабильности, вытеснения факторов, вызывающих тревогу). Высокие показатели по ней характерны для истероидных личностей, склонных к механизмам психологической защиты по типу вытеснения.

Примеры утверждений:

— Я люблю читать о преступлениях и таинственных приключениях (нет).

— *Я* никогда не падал в обморок (нет).

В шкале истерии выделяют две подшкалы (D. N. Wienez, 1948) — явственных, очевидных и «тонких» проявлений.

Примеры утверждений по первой подшкале:

— *Я* часто ощущаю «комок» в горле (да).

— Меня беспокоят приступы тошноты и рвота (да).

Примеры утверждений по второй подшкале (они относятся к личностной оценке социальных ситуаций или к особенностям восприятия обследуемым своего окружения и самого себя):

— Безопаснее никому не доверять (нет).

— Думаю, что многие люди преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться помощи и сочувствия окружающих (нет).

«Тонкие» проявления истерии показывают, что обследуемый усиливает, утрирует

представления о социально-позитивных чертах своей личности. Это считается характерным для больных истерией, игнорирующих возникающие перед ними сложные психологические проблемы, вытесняющие их, и рассматривается не как сознательная тенденция, а неосознаваемые установки личности в связи с ее социальной и психической незрелостью (W. Sanocki, 1978).

IV — шкала психопатии (импульсивности, реализации эмоциональной напряженности в непосредственном поведении).

Примеры утверждения:

— Временами мне очень хотелось покинуть дом (да).

— В школе меня вызывали к директору за прогулы (да).

V—шкала мужественности—женственности (выраженность мужских и женских черт характера).

Примеры утверждений: — Я люблю поэзию.

— Думаю, мне понравилась бы работа лесничего.

— Я очень люблю охоту.

VI — шкала паранойи (ригидности, ригидности аффекта). Высокие показатели характерны для лиц с постепенным накапливанием и застойностью аффекта, злопамятством, упрямством, медленной сменой настроений, тугоподвижностью мыслительных процессов, повышенной подозрительностью.

Примеры утверждений:

— Если бы люди не интриговали против меня, я бы добился гораздо большего (да).

— Испорченное настроение не всегда легко исправить чем-нибудь интересным (да).

В шкале паранойи выделяют (D N Wiener, A. Harmon, 1946) подшкалы очевидных и «тонких» проявлений.

Примеры утверждений по первой подшкале:

— Временами я нахожусь во власти какой-то злой силы (да).

— Думаю, что за мной следят (да).

Примеры «тонких» проявлений:

— Временами мне в голову приходят такие мысли, что о них лучше никому не рассказывать (да).

— Большинство людей честны лишь потому, что боятся наказания (нет).

VII — шкала психастении (тревожности, фиксации тревоги и ограничительного поведения). Отражает склонность к реакциям тревоги и страх, сенситивность, неуверенность в себе.

Примеры утверждений:

— Меня беспокоит страх сойти с ума (да).

— В школьные годы мне было трудно говорить перед всем классом (да).

VIII — шкала шизофрении (индивидуалистичное™, аутизации). Направлена на выявление шизоидных черт личности, отгороженности от окружающего, аутизма. Включает в себя также утверждения, относящиеся к продуктивной психопатологической симптоматике (бреду, галлюцинациям).

Примеры утверждений:

— Когда вокруг никого нет, я слышу странные вещи (да).

— Окружающее мне часто кажется нереальным (да).

— Большую часть времени я чувствую себя одиноким, даже находясь среди людей (да).

IX — шкала гипомании (оптимизма и активности, отрицания тревоги).

Примеры утверждений:

— Я—значительная личность (да).

— Временами мои мысли текут быстрее, чем я успеваю их высказать (да).

О — шкала социальной интроверсии (интроверсии — экстраверсии, социальных контактов). Направлена на установление степени экстравертированности — интровертированности в мышлении, эмоциональной сфере и социальной жизни.

Примеры утверждений:

— *Я* человек общительный (нет).

— Если надо мной подшучивают, я к этому отношусь легко (нет).

— Критика и замечания ужасно обижают и ранят меня (да).

В последнее время некоторые авторы совершенно верно указывают, что прежние названия клинических шкал, выведенные на основании обследования соответствующих контингентов психически больных, плохо соответствуют результатам, получаемым при обследовании психически здоровых или страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами (Ф. Б, Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец, 1976; Л. Н. Собчик, 1978), В связи с этим предложены новые, психологические обозначения основных шкал. Выше нами с учетом этого приведены как психиатрические, так и психологические обозначения.

После обработки полученных по всем оценочным и основным шкалам результатов и перевода этих показателей из «сырых» баллов в стандартизованные Т-баллы вычерчивается профиль, обрисовывающий структуру личностных особенностей, выраженность различных тенденций или симптомов.

Интерпретация профиля личности в ММР1 освещена в специальных пособиях. Укажем лишь, что при интерпретации результатов учитывается наличие отдельных пиков на профиле, его высота, превалирование левой (невротической) или правой (психотической) части профиля, сочетания показателей по определенным шкалам.

Условная норма профиля личности по ММР1 — в пределах 30— 70 Т-баллов. Средние данные по нормативной группе соответствуют 50 Т-баллам. Ф. Б. Березин и соавторы (1976) рассматривают показатели, расположенные между 60 и 70 Т-баллами, как проявление личностной акцентуации.

Низко расположенный («утопленный») профиль личности чаще всего наблюдается при попытке обследуемого представить себя в благоприятном свете, при диссимуляции. Нередко ему соответствуют высокие показатели по шкалам лжи и коррекции. У некоторых больных можно наблюдать профиль, являющийся вариантом нормы, хотя клиника не вызывает сомнений относительно явных психических расстройств. Такой «ложнонегативный» профиль типичен для больных шизофренией в стадии выраженного психического дефекта и свидетельствует о выраженном эмоциональном уплощении.

Большое значение придается наклону профиля. Позитивный наклон, т. е. наличие более высоких показателей по шкалам психотической тетрады (4, 6, 8-й и 9-й), является признаком психотического

состояния и свидетельствует о нарушении контактов с реальной действительностью, дезориентированности, растерянности. Негативный наклон, т. е. преобладание высоких показателей по шкалам невротической триады (1, 2-й и 3-й), при наличии общего высокого подъема всего профиля является признаком острого аффективного нарушения.

Как и все другие личностные опросники, ММР1 не дает нозологически-диагностической оценки. Профиль личности, получаемый при исследовании с помощью этой методики, характеризует лишь особенности личности в момент исследования. Поэтому он не может оцениваться как «диагностическая этикетка» (Ф. Б, Березин и соавт., 1976). Однако получаемая при таком исследовании характеристика личностных свойств больного существенно дополняет картину патопсихологического регистр-синдрома. Так, код, характеризующийся подъемом показателей по шкалам 6-й и 8-й (параноидное мышление), наблюдался нами нетолько при

параноидной шизофрении, но и при других бредовых психозах, в частности при височной эпилепсии, протекающей с хроническим бредовым (шизоформным) синдромом.

Получаемые с помощью ММР1 данные должны постоянно соотноситься с клинической симптоматикой, материалами наблюдения патопсихолога относительно особенностей выполнения обследуемым заданий по методикам, направленным на исследование познавательной деятельности, с результатами исследования с помощью других личностных методик.

Опросник ММР1 применяется психологами во всех странах мира с обязательной его адаптацией и стандартизацией в соответствии с социально-культурными особенностями населения. На русском языке также разработано несколько вариантов опросника для многостороннего исследования личности. Из них основные: адаптация и модификация опросника ММР1 лабораторией медицинской психологии Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (1974), вариант Ф. Б. Березина и М. П. Мирошникова (1969, 1976), разработка ММР1, осуществленная Л. Н. Собчик (1971), более позднее название «стандартизованный метод исследования личности» (СМИЛ).

Иногда для исследования используют лишь одну из шкал опросника ММР1. Это позволяет сократить исследование и как бы целе-направить его (в ущерб общей оценке личности обследуемого). Примером является использование так называемой личностной шкалы проявлений тревоги (J Teylor, 1953).

Опросник Тейлор состоит из 50 утверждений. Для удобства пользования каждое утверждение предлагается обследуемому на отдельной карточке. Согласно инструкции, обследуемый откладывает вправо и влево карточки, в зависимости от того, согласен он или не согласен с содержащимися в них утверждениями. Эти утверждения входят в состав ММР1 в качестве дополнительной шкалы. Опросник Тейлор адаптирован Т. А. Немчиным (1966). Приводим примеры характерных вопросов из шкалы тревоги (в скобках обозначен ответ, учитываемый при определении показателя тревоги):
— Во время работы мне приходится сильно напрягаться (да).
— Мне трудно сосредоточиться на чем-либо (да).
— Возможные неприятности всегда вызывают у меня тревогу (да).
— *Я* часто смущаюсь, и мне неприятно, если другие это замечают (да).
— Сердцебиение меня не беспокоит (нет).
— Сон у меня прерывистый и неспокойный (да).
— Нередко у меня бывают приступы страха (да).
— Обычно я спокоен и расстроить меня нелегко (нет).
— Ожидание всегда нервирует меня (да).
— Состояние моего здоровья беспокоит меня (да).
— *Я* всегда боюсь встречи с трудностями (да).

Оценка результатов исследования по опроснику Тейлор производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о тревожности. Каждый такой ответ оценивается в 1 балл. Суммарная оценка 40—50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги, 25—40 баллов свидетельствуют о высоком уровне тревоги, 15—25 баллов — о среднем (с тенденцией к высокому) уровне, 5—15 баллов — о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0—5 баллов — о низком уровне тревоги. С помощью факторного анализа в шкале Тейлор выделены 4 фактора :
фактора: фактор А — хронический страх, связанный с тревожностью, сенситивностью, неуверенностью в себе; фактор В — лабильность вегетативной нервной системы в угрожающих ситуациях; фактор С — расстройства сна, связанные с общим внутренним напряжением; фактор D—чувство собственной неполноценности.

По данным ряда авторов, при исследовании по шкале Тейлор диагностируется не тревога,

а конституциональная тревожность, личностная предрасположенность к тревожности (К). Л. Ханин, 1978; А. Кокошкарова, 1983).

Изолированное использование одной из шкал опросника ММР1 может привести к недостаточно достоверным результатам, адекватная оценка которых исследующим невозможна из-за отсутствия оценочных шкал. Любой монотематически направленный опросник как бы индуцирует обследуемого и способствует выявлению у него сознательных или неосознаваемых тенденций и установок. В связи с этим недостаточно дополнение опросника для определения уровня тревоги шкалой лжи, как это предложил В. Г. Норакидзе (1975), тем более, что последняя далеко не всегда позволяет судить о демонстративности, неискренности в ответах, высокие показатели по ней часто свидетельствуют больше о личностной примитивности.

Опросники для скрининга неврозов. В эту группу методик включаются опросники, предназначенные для выявления и ориентировочного синдромологического определения неврозов. Эти довольно многочисленные опросники служат для предварительной, доврачеб-ной, диагностики неврозов. При их составлении и апробации учитываются такие критерии, как эффективность, простота, надежность при дифференцировании здоровых и больных, соответствующие корреляции с другими тестами, предназначенными для таких исследований. Обычно эти опросники используются и для эпидемиологических исследований. Приводим в качестве примера характеристику трех наиболее типичных опросников для скрининга неврозов.

Опросник Хека —Хесс, или шкала жалоб (BFB). Он стандартизован на больных в возрасте от 16 до 60 лет.

При создании его авторы исходили из того, что жалобы больных неврозами носят специфический характер и в них, в отличие от больных с органической соматической патологией, преобладают указания на вегетативные расстройства и жалобы психического характера.

Обследуемому дается лист с перечнем телесных (нарушения зрения, двоение в глазах, приступы астмы, тахикардия, чувство замирания сердца, дрожание рук и т.п.) и психических (нарушения речи, заикание, трудности контакта, апатичность, страх оставаться одному и т. п.) жалоб. Всего в жалобах фигурируют 63 симптома неврозов. Ответы интерпретируются по количественным показателям с учетом пола, а для женщин — и возраста. Возможны 3 типа суммарных оценок: норма, предположительная диагностика невроза, невроз.

По показателям высчитывается также индекс эмоциональности, отражающий выраженную вегетативную ирритацию, характерную для психосоматических заболеваний, или преобладание сугубо психоневротических расстройств. Этому показателю авторы придают значение в выборе методик психотерапии. Анализ характерных для обследуемого жалоб производится с учетом следующих факторов: чрезмерная вегетативная возбудимость (симпатикотония), апатичность, фобии, ваготония, астения, сверхчувствительность, нарушения сенсомоторики, шизоидные реакции, страхи.

Опросник крайне прост, длительность исследования с его помощью составляет 5—10 мин, подсчет «сырых» баллов производится с помощью ключа, затем «сырые» оценки переводятся с помощью специальной шкалы в стандартные.

Невротически-депрессивный опросник Т. Ташева (1968) разработан для скрининг-диагностики неврозов при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной, диагностики. Состоит из 77 вопросов, ответы на которые дают характеристику состояния больного в соответствии со следующими шкалами: общеневротической, депрессии, вегетативных расстройств, истерии, навязчиво-фобической симптоматики. Ответ на вопрос оценивается в 1 балл. Общая оценка до 9 баллов соответствует норме, от 9 до 18 баллов—невротическим тенденциям и свыше 20 баллов—выраженному неврозу. Оценивается соотношение показателей по разным шкалам. Так, высокие показат.ели по шкалам

общеневротической и вегетативных расстройств свидетельствуют о неврастении или астеническом состоянии другого генеза. При наличии повышенных показателей по многим шкалам судят о синдромологическом оформлении болезненного состояния по шкале с преобладающим показателем. При наличии высоких показателей по двум шкалам речь идет о сложном характере невротического синдрома.

Опросник А. Кокошкаровой (1976) включает 83 вопроса, распределенных по 8 шкалам: лжи, вегетативных расстройств, неврастении, психастении, истерии, ипохондрии, депрессии, деперсонализации — дереализации.

Оценка производится с помощью специального ключа. Различают отрицательный, сомнительный и положительный результаты (по всем, по одной или по нескольким шкалам). По суммарной оценке выделяют три возможные категории: норма, нерезко выраженные невротические или неврозоподобные тенденции, выраженные неврозы или неврозоподобные состояния.

Лица, давшие при исследовании отрицательный результат, выпадают из контингента, подлежащего дальнейшему наблюдению и исследованию. Давшие положительный результат направляются для дальнейшего исследования к врачу. При сомнительном результате вопрос о необходимости дальнейшего исследования решается индивидуально. Тест, по данным автора, отличается высокой диагностической возможностью. Так, невроз с помощью этого теста диагностирован в 88,2 % случаев. Результаты, полученные с помощью опросника А. Кокошкаровой, в высокой степени коррелируют с данными, получаемыми при применении опросника Хека — Хесс. Автор сама отмечает зависимость результатов исследования от позиции обследуемого и указывает, что при отрицательном отношении к исследованию или при опасении разглашения результатов получаются недостоверные данные.

По данным А. Кокошкаровой (1983), скрининг-опросники в сущности выявляют фактор нейротизма и дают синдромологическую характеристику болезненного состояния. Они малоинформативны и практически непригодны в целях нозологической диагностики, например для разграничения невроза и неврозоподобного состояния.

Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера (C. Spielberger, 1970, 1972) различает понятие тревоги как состояния и тревожности, как черты, свойства личности. Тревога характеризуется различной интенсивностью, изменчивостью во времени, наличием осознаваемых неприятных переживаний напряженности, озабоченности, беспокойства, опасений, выраженной активацией деятельности вегетативной нервной системы. Возникает тревога как реакция человека на различные стрессы, чаще психогенного, социально-психологического характера. Личностную тревожность автор расматривает как свойства индивида, она является конституциональным признаком, относится к предрасположенности. Личностная тревожность — это относительно постоянное свойство человека видеть угрозу своему благополучию в самых различных ситуациях. Личностная тревожность является предиспозицией, облегчающей возникновение реакций тревоги. Шкала тревоги Тейлор в сущности направлена на измерение личностной тревожности, а не состояний реактивной тревоги.

Шкала Спилбергера учитывает дифференциацию факторов личностной тревожности и реактивной тревоги. Она представляет собой опросник, состоящий из двух подписал. Подшкала личностной тревожности включает в себя 20 утверждений, которые обследуемый должен оценить по 4-балльной системе: «почти никогда», «иногда», «часто», «почти всегда». Примеры утверждений по этой под-шкале: я слишком переживаю из-за пустяков; я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей.

Подшкала реактивной тревоги также состоит из 20 утверждений. Из них 10 констатируют, а 10 отрицают наличие тревоги. Оценка утверждений: «нет, это совсем не так», «пожалуй, так», «верно», «совершенно верно». Примеры утверждений по подшкала реактивной тревоги: я не

нахожу себе места; мне ничто не угрожает.

Шкала Спилбергера крайне проста, она относится к экспресс-методикам, и применение ее требует очень мало времени. В СССР шкалу Спилбергера модифицировал, адаптировал и стандартизировал Ю. Л. Ханин (1976, 1978). Им же получены ориентировочные нормативы: низкий уровень тревоги—20—34 балла, средний уровень — 35—44 балла, высокий уровень — 46 баллов и выше. Суммарные оценки получаются путем подсчета результатов с помощью ключа, учитывающего инвертированные утверждения. Методика может представить интерес для обследования больных с депрессивными и тревожно-депрессивными состояниями различного генеза.

Метод **Бекмана— Рихтера.** Разработан (1972) для исследования личности и анализа социальных отношений, в особенности отношений в малых группах. Тест дает представление о том, какими обследуемые видят себя, какими бы они хотели видеть себя, какими они видят других, какими их видят окружающие, какими, по их мнению, должен быть идеальный представитель той или иной группы.

Тест стандартизован на лицах в возрасте 18—60 лет и включает 3 варианта одних и тех же 40 биполярных утверждений («Я», «Он», «Она»). В опроснике выделяются 6 основных шкал и 2 шкалы тенденций.

I. Шкала социального резонанса (от негативного к позитивному). Отрицательный полюс характеризуется непривлекательностью, малым интересом к своей внешности, неуважением окружающих, их нелюбовью. Соответственно на положительном полюсе располагаются лица привлекательные, умеющие постоять за себя, уважаемые и ценимые другими людьми'. Итак, в первой шкале изучается вопрос о взаимоотношении с окружением, определенный аспект социальной роли.

Пример утверждений:

Считаю, что мне скорее трудно... 3210123 ...скорее легко завоевать симпатии
других людей.

II Шкала доминантности (уступчивости). На одном полюсе— лица, легко вступающие в споры, своенравные, нетерпеливые, склонные к доминированию, на другом — уступчивые, редко вступающие в споры, терпеливые.

Пример утверждений:

Считаю, что я скорее стремлюсь 3210123... скорее предпочитаю следо-управлять другими, чем...
вать воле, указаниям других.

III. Шкала контроля (недостаточно контролирующие себя — упорядоченные, с высоким уровнем самоконтроля). Для первых характерны неупорядоченность, непостоянство, склонность к шалостям, легкомысленным поступкам, неумение распоряжаться деньгами. Для «сверхконтрольных» характерны выраженная упорядоченность, усердие, правдивость до фанатичности, неспособность к шалостям и беззаботному поведению. Пример утверждений:

Считаю, что мне трудно вести себя 3210123 ...очень легко быть непри.непринужденно...
нужденным

IV. Шкала преобладающего настроения (гипоманиакальные — депрессивные). На крайних полюсах этой шкалы находятся: редко бывающие удрученными, мало склонные к самоанализу, почти несамокритичные, не скрывающие раздражения, часто удрученные, склонные к чрезмерному самоанализу, самокритичные, не проявляющие раздражения. Пример утверждений:

Думаю, что я редко... 3210123 ...очень часто упрекаю себя.

V. Шкала открытости — замкнутости. Лица, демонстрирующие высокие показатели по этой шкале, характеризуются на одном полюсе доверчивостью, раскрытостью перед другими людьми, потребностью в любви; на другом—замкнутостью, недоверчивостью, отстраненностью от других людей, тенденцией скрывать собственную потребность в любви. Пример утверждений:

Мне кажется, что я чувствую скорее 3210123 ...скорее близость к другим отчужденность.. людям.

VI. Шкала социальных возможностей (социально слабые—социально сильные). Социальная слабость, по мнению авторов, характеризуется необщительностью, слабой способностью к самоотдаче, неспособностью к длительным привязанностям, бедной фантазией. И, наоборот, противоположный полюс — лица, любящие бывать в обществе, склонные к самоотдаче и длительным привязанностям, с богатой фантазией. Пример утверждений:

Мне кажется, что по характеру 3210123 ...скорее необщителен, замкнут

я скорее общителен....

Две дополнительные шкалы основаны на подсчете зачеркнутых обследуемым нулей и зачеркнутых троек. В первом случае высокий показатель рассматривается как проявление эмоционального безразличия к выполняемому заданию, во втором — указывает, например, на возбужденное состояние, низкий самоконтроль. Эти шкалы играют роль оценочных, они характеризуют установку личности на ситуацию исследования, в каждом отдельном случае повышение количества такого рода ответов требует тщательного анализа.

Обследуемый по каждому утверждению отмечает свою личностную позицию. Сумма этих «сырых» оценок переносится на бланк протокола с помощью специального ключа. Сверху на бланке протокола обозначены соответствующие «сырым» оценкам стандартные единицы. При групповых исследованиях, когда нет необходимости вычерчивать индивидуальные профили, перевод оценок в стандартные осуществляется с помощью таблицы.

Авторы подвергали результаты исследования психоаналитической интерпретации, однако они указывают, что такая трактовка данных не обязательна, сам по себе диагностический профиль не требует каких-либо концептуальных трактовок, он представляет просто цепь подтвержденных математическим анализом связей между отдельными признаками.

При повторном использовании теста в ходе психотерапии можно убедиться в изменении взаимоотношений между врачом и больным. Так, при успешности лечения самооценка больного все больше будет приближаться к оценке его врачом и, наоборот, будет все больше отличаться, если терапия не приносит больному облегчения. Оценка врача больным содержит ожидания и установки, определяемые социальными и социально-психологическими факторами. В ходе лечения эта оценка также может меняться.

Эта возможность применения теста Бекмана — Рихтера была убедительно показана X. Гоза Леоном (1982), проводившим исследование взаимоотношений между врачом и больным в клинике некоторых психосоматических заболеваний. Он обследовал больных, страдающих, истинными психосоматозами — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой. В качестве основных методов исследования автор использовал тест Бекмана — Рихтера и применявшийся ранее В. А. Ташлыковым (1974) метод оценочного конструирования, в котором характеристика личности воссоздается путем оценки ее по стандартному набору личностных свойств. Исследования X. Гоза Леона показали высокую степень корреляции между этими методиками. Анализ полученных данных позволил автору выделить два образа лечащего врача — сопереживающий и эмоционально-нейтральный. Из них первый является идеальным образом лечащего-врача, а второй — нежелательным. Соответственно были выделены основные типы эмоционального контакта между врачом и больным и формы ролевого поведения врача (руководство, партнерство, руководство — партнерство). Автор показал, что система взаимоотношений врача и больного в процессе лечения не является стабильной, она представляет крайне подвижный процесс, отражающий роль множества факторов и имеющий большое значение для эффективности лечения, особенно психотерапии. Аналогичные данные были получены В. А. Ташлыковым (1974, 1978), изучавшим взаимоотношения между психотерапевтом и больными неврозами.

Важность таких исследований заключается в том, что знание установок больного в отношении лечащего врача, своей болезни и ее лечения позволяет врачу управлять процессом установления оптимального эмоционального контакта, разрабатывать и осуществлять реабилитационные мероприятия.

Метод Роршаха. Стимульный материал метода Роршаха (H. Rorshach, 1921) состоит из 10 таблиц с полихромными и одноцветными симметричными изображениями, «пятнами». Каждое изображение демонстрируется обследуемому последовательно, при этом ему предлагается ответить на вопросы: «Что это может быть? На что это похоже?» В процессе исследования обследуемый не получает никакой дополнительной информации. Все интересующие экспериментатора вопросы могут быть заданы только после окончания исследования.

Полученные ответы-интерпретации дословно протоколируются. Формализация интерпретаций проводится по следующим пяти счетным категориям.

1. Локализационная особенность интерпретации. Здесь регистрируется, был ли представленный ответ целостным, т. е. охватывающим все изображение (W), или относился к какой-либо детали (D).

2. Детерминанты, или характеристика «качества» ответа. При создании образа обследуемый может отдавать предпочтение форме изображения (F) или выделять цвет, который может быть в различных сочетаниях с формой (FC, CF, C), полутона (c', c), усматривать в созданном образе движение (M).

3. Знак формы. Форма оценивается положительным (+) или отрицательным знаком (—), который показывает, насколько адекватно отражены форма пятна, его контуры в созданном образе.

В качестве критерия служат интерпретации здоровыми соответствующих изображений и их деталей.

4. Учет содержания интерпретации, которое может быть самым разнообразным. Например, изображение трактуется как человек (H), животное (A), огонь (Fi) и т. д.

5. Дополнительные факторы. Прежде всего здесь может быть отмечена оригинальность (Or) или популярность (P) интерпретации, а затем уже и те факторы, которые не имеют особо разработанной системы обозначений, представляя собой важные качественные характеристики ответа (например, персеверации, описание вместо интерпретации и т. п.).

Показатель оригинальности ответов различается в зависимости от четкости формы. При ответах по форме и цвету и чисто цветовых показатель оригинальности обозначается знаком (—) и свидетельствует не об оригинальности мышления или фантазии, а о патологической дезорганизации мышления. Учет дополнительных факторов позволяет получить ценные данные, особенно при обследовании психически больных.

Таким образом, каждая интерпретация обследуемого получает определенный формализованный вид, например: табл. II — «два человека, пожимающих друг другу руки». Ответ приобретает вид: W +H, т. е. изображение интерпретировано в целом (W), обследуемый видит человеческие существа в движении (M), знак формы положительный, поскольку большинство обследуемых усматривают здесь двух людей, по содержанию — человек (H).

В многочисленных исследованиях была выработана определенная психологическая характеристика показателей метода Роршаха. Рассмотрим психологическое значение некоторых показателей.

Прежде всего о том, что представляет различный подход обследуемого к интерпретации изображений (выбор целого или деталей). Значительное количество целостных интерпретаций с положительным знаком свидетельствует о богатстве воображения, способности к синтезу, критичности ума. Если появляются целостные интерпретации с отрицательным знаком формы, это рассматривается как нарушение в синтезе, отсутствие критичности.

Выбор детали изображения для построения образа является наиболее частым и свидетельствует (при наличии положительной формы) о конкретной интеллектуальной активности обследуемого. Мелкие дробные детали (Dd) с негативной формой появляются преимущественно у психически больных, для здоровых они нехарактерны.

Как уже указывалось, детерминанты являются важнейшими категориями подсчета, основная информация о личности, по H. Rorschach, может быть получена только при тщательном изучении «качества» ответов.

Наиболее часто в протоколах исследования, по H. Rorschach, появляется детерминанта формы. Перцептивная деятельность обследуемого в процессе нахождения «сходства» связана с привлечением данных из прошлого опыта. Необходима также и критичность подхода к актуализируемым образам, выбор наиболее отвечающего форме изображения. В связи с этим процент положительных форм выступает в качестве своеобразного показателя «четкости перцепции», который рассматривается как отражающий некоторые интеллектуальные особенности личности.

Кинестетические интерпретации (М), по данным литературы, характеризуют степень внутренней активности, творческое воображение, свидетельствуют о глубоких и наиболее индивидуальных тенденциях личности.

С этим можно вполне согласиться, ибо здесь, помимо установления сходства, снятия неопределенности, что уже само по себе требует определенного уровня активности, появляется качественно новый элемент — внутренняя активность, не обусловленная внешними факторами, поскольку движения как такового в изображении не содержится.

Интерпретации, в которых учитывается цвет изображения, относятся к оценке эмоциональной сферы, причем степень участия формы указывает на различные виды контроля со стороны интеллекта.

Реже в протоколах появляются ответы с учетом различных оттенков и густоты серого цвета (с', с). К этой разновидности ответов относятся определение поверхностей (шероховатая, гладкая и т. п.), учет светотени (рентгеновские снимки, дым и др.). Интерпретация этих показателей, пожалуй, наименее разработана. В целом можно сказать, что эти ответы рассматриваются как обозначающие беспокойство, тревожность.

При оценке содержания интерпретации (Н, А и др.) могут быть вскрыты персеверативные тенденции, предпочтительные темы и ряд других личностных особенностей. Диагностическая ценность отдельных показателей метода, несмотря на их важность, невелика. Существующие в настоящее время диагностические схемы предусматривают учет и анализ целостной картины, все показатели изучаются во взаимосвязи. Так, была показана необходимость комплексного рассмотрения ряда показателей (W + М и Or) для оценки интеллектуальных возможностей обследуемого (В. A.Wysocki, 1957).

Определяющим в диагностике, по H. Rorschach, является установление типа переживания личности. Здесь мы должны коснуться представлений H. Rorschach о структуре личности. Как уже отмечалось (В, Н. Мясищев, И. Г. Беспалько, И. Н. Гильяшева, Б. Д. Карвассарский, Т. А. Немчин, 1969), общие психологические предположения, выдвинутые H. Rorschach, настолько немногочисленны и просты, что не противоречат тем или иным теориям личности. H. Rorschach исходил из положения о том, что человеческая активность определяется как внутренними, так и внешними побуждениями. В связи с таким пониманием активности, в которой выражается личность тем отчетливее, чем менее стереотипны («структурированы») вызывающие ее стимулы, и были введены автором понятия интроверсии и экстратенсии. Каждое из этих понятий соответствует совокупности определенных черт личности, связанных с преобладающим видом активности.

В эксперименте чувствительность к внутренним побуждениям представлена кинестетическими интерпретациями, к внешним — цветовыми. По их соотношению (М: С) и

устанавливается «тип переживания».

Типология Роршаха представляет собой качественно новый этап в понимании интроверсии и экстраверсии. В противовес C. Jung с его пониманием интроверсии как состояния Н. Rorschach представляет интроверсию и как процесс и как гибкую возможность ухода в себя в зависимости от обстоятельств, условий среды. Лишь ригидное преобладание интроверсивных тенденций позволяет говорить нам об интроверсии как о патологическом состоянии, что Н. Rorschach неоднократно подчеркивает.

Далее Н. Rorschach отмечает, что понятию интроверсии в обычном смысле противостоит понятие экстраверсии, однако, согласно автору, использование такой терминологии создает то неудобство, что может быть сделан вывод о реальной противоположности экстраверсии и интроверсии. В силу этих обстоятельств и вводится понятие «экстратенсия».

Амбиэквальный тип переживания, по Н. Rorschach, характеризуется возможностью обнаружения у одного и того же лица чередования интроверсивных и экстратенсивных тенденций. Периоды сосредоточенности на собственных переживаниях у таких людей чередуются с периодами обращения к активности во внешнем мире.

Коартивный тип характеризуется отсутствием или малочисленностью как кинестетических, так и цветовых ответов. Н. Rorschach различал коартированный(ОМ и ОС) и коартативный (1М и 1С, 1М и ОС, ОМ и 1С) типы переживания в зависимости от количества ответов по цвету и кинестетических, однако большого практического значения это разделение не имеет и оба эти типа переживания объединяются в понятие «коартивный тип» (Л. Ф. Бурлачук, 1979)..

Таким образом, мы должны сделать вывод о том, что подход Н. Rorschach к исследованию личности характеризуется динамичностью. Смысл выделения типов, по Н. Rorschach, заключается не столько в академической классификации людей, сколько в его клиническом значении (В. Н. Мясищев, И. Г. Беспалько, И. Н. Гильяшева, 1969).

В настоящее время в отечественной патопсихологии наблюдается все более частое использование метода Роршаха для решения ' некоторых теоретических и практических задач. Это связано с преодолением ряда трудностей. Так, И. Г. Беспалько (1978) к слабым сторонам метода относит сравнительно большой субъективизм в обобщающей интерпретации экспериментальных данных. Е. Т. Соколова (1980) указывает на эмпиричность соотнесения отдельных показателей с определенными параметрами личности. Она же считает дискуссионным вопрос о том, что выявляет тест Роршаха — структуру личности или частные индивидуальные особенности.

Более широкому использованию метода Роршаха у нас должно предшествовать серьезное его изучение в аспекте практического использования при обязательном сопоставлении с данными, получаемыми с помощью других методов, и теоретическая разработка его методологических основ.

В связи с этим можно указать на работы, авторы которых сообщили результаты, полученные с помощью метода Роршаха при исследовании реактивных состояний (Н. Н. Станишевская, 1970, 1971), эпилепсии (В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук, 1971; Л. Ф. Бурлачук, 1972; И. И. Белая, 1978; И. И. Белая, В. А. Торба, 1978), при патологии лимбико-ретикулярного комплекса (А. М. Вейн, П. И. Власова, О. А. Колосова, 1971).

Значительным вкладом в разработку теоретических и практических основ метода Роршаха, способствующим его практическому применению, являются монография Л. Ф. Бурлачука (1979) и методическое пособие И. И. Белой (1978).

Анализ проблемы дает основания думать, что метод Роршаха в патопсихологии окажется полезным главным образом в плане диагностики индивидуальных свойств личности, особенно в психотерапевтической и реабилитационной работе. Использование его в целях нозологической диагностики представляется нам менее перспективным, однако и здесь данные, получаемые с

помощью метода Роршаха в комплексе с другими экспериментально-психологическими методами и методиками, существенно дополняют картину патопсихологического синдрома.

Тематический апперцептивный тест (ТАТ) предложен Н. A. Murrey и С. Morgan (1935) и состоит из 29 картин с определенными изображениями (рис. 12) и одной белой карты, которую предъявляют обследуемому для того, чтобы он вообразил на ней любую картину. Всего обследуемому, в зависимости от пола и возраста, при проведении исследования предлагается, как правило, 20 картин в 2 сеанса. Однако допускаются и отступления от этих правил, поскольку существуют различные модификации исследования.

Задача обследуемого — по каждой из предъявляемых картин составить небольшой связный рассказ (из расчета в среднем 5 мин на картину). Проводя исследование по ТАТ, обычно предупреждают, что речь идет об исследовании воображения или же об особенностях литературного творчества. В действительности же главное, на что обращается внимание в рассказах обследуемого,— о ком и о чем он будет говорить, какие ситуации создаст, как разрешит в содержании рассказов конфликты и в случае их наличия выявится ли в рассказах определенная типическая, многократно повторяемая ситуация.

В процессе исследования в зависимости от целей обследуемому могут быть заданы вопросы типа: «О чем сейчас думает этот человек?», «Какова его профессия?» и т. п. В целом, как правило, в задачу обследуемого включается условие, требующее осветить в рассказе три основных момента: что привело к ситуации, изображенной на картине, что происходит в настоящий момент, чем эта ситуация закончится?

Рассказы обследуемого записываются дословно, с фиксацией пауз, интонаций и других выразительных движений. Обычно прибегают к стенограмме или скрытому магнитофону, иногда обследуемый сам записывает свой рассказ.

Прежде чем приступать к интерпретации совокупности рассказов, экспериментатор должен располагать всеми возможными сведениями об обследуемом (семейное положение, профессия, возраст и т.д.), В случае, если обследуемый психически больной, необходимо тщательное изучение анамнеза, истории болезни.

По мнению одного из авторов этого метода, известного американского психолога Н. А. Murrey, диагностическая ценность ТАТ основывается на признании существования в человеческой психике двух ярко проявляющихся тенденций. Первая из них выражается в стремлении каждую многозначную ситуацию, с которой сталкивается человек, истолковывать в соответствии со своим прошлым опытом и личными потребностями. Вторая тенденция состоит в том, что во всяком литературном творчестве автор опирается на собственные переживания и сознательно или бессознательно изображает собственные потребности, чувства в личностях и характерах выдуманных героев.

Таким образом, согласно гипотезе Н, А. Murrey, обследуемый будет говорить в созданных рассказах о себе или наделять выдуманных лиц своими знаниями, приписывать им свои чувства и переживания.

Для объяснения деятельности, поведения личности Н. А. Murrey использует понятие потребности (один из основных терминов в предложенной им теории личности), которая представляет собой «внутреннюю силу организма», часто выступающую как определенного рода ответ на «давление», оказываемое средой. Соединение давления с вызванной им потребностью называется темой, следовательно, тема является динамической структурой взаимодействия среды и личности, или «краткого единства», в отличие от «продолжительного» единства, которое составляет целую жизнь человека. Ряды соединяющихся между собой тем составляют сложные темы.

Гипотетический процесс, названный Н. А. Murrey потребностью и появляющийся после стимула, толчка, предшествует двигательной реакции. Сами двигательные реакции обособленно от ситуации, которой были вызваны, и цели, на которую направлены, названы им актами,

которые подразделяются на двигательные (проявления мышечной мускульной активности) и включающие проявления вербальной активности.

Рассматривая возникновение потребностей, Н. А. Murrey предупреждает, что этот процесс недостаточно изучен, и считает, что в определенной мере их развитие можно было бы отнести к процессу образования условных рефлексов. Рефлекторная теория И. П. Павлова также оказала значительное влияние на выделение автором первичных, или висцерогенных, и вторичных, или психогенных, потребностей. Первые имеют наследственно закрепленный механизм, вторые — его не имеют. Другие источники возникновения потребностей Н. А. Murrey ищет в таких явлениях, как соревнование, подражание и т. п.

От S. Freud перенимается Н. А. Murrey с некоторыми изменениями деление личности на «Я», «Оно», «Сверх-Я». При этом полагается, что источник почти каждого явления — бессознательное. Связь теории Н. А. Murrey с психоанализом реализуется также в том большом значении, которое автор приписывает переживаниям человека в раннем детстве. Однако, вопреки большинству психоаналитиков, Н. А. Murrey не считает импульсы, исходящие из бессознательного, ни анти-, ни асоциальными.

Теоретическое построение Н. А. Murrey направлено прежде всего на детальное раскрытие мотивационного аспекта личности. В связи с этим автор выделяет (предупреждая, что не считает данную классификацию совершенной и законченной) 44 переменных, соответствующих гипотетическим доминирующим процессам в психике. В их число входят 20 явных потребностей, 8 скрытых потребностей, 4 потребности отнесены к внутренним состояниям и, наконец, 12 общих черт, которые могут характеризовать отдельные личности. На выделение этих переменных и их последующую интерпретацию («агрессия», «эксгибиционизм» и т. п.) самое значительное влияние, несомненно, оказали психоаналитические концепции. Для характеристики отдельных потребностей автор дает в своей работе описание лиц, которым эти потребности присущи в высокой степени.

Анализ полученных с применением ТАТ данных строится следующим образом: первым этапом является выделение «героя», с которым испытуемый идентифицирует себя (если это вообще имеет место). Для решения этого вопроса автор метода предлагает ряд критериев (половой признак, статус, роль и др.). Первейшая задача исследователя — детальное рассмотрение того, что чувствует, думает или делает «герой», установление того, что является в некотором роде уникальным. Каждое проявление переменной оценивается по 5-балльной шкале. Дальнейший этап — изучение «давлений» среды, сила каждого из них также подвергается количественной оценке. Далее идет сравнительная оценка сил, исходящих от «героя», и сил, исходящих от среды. В руководстве к ТАТ (Н. А. Murrey, 1943) интересы и чувства рассматриваются отдельно. -Особое значение имеют позитивная и негативная оценки действующих в рассказе лиц.

Автор выделяет и формальный анализ, куда включается рассмотрение структуры, стиля рассказов. Этот аспект анализа, по А, Н. А. Murrey, весьма полезен для вскрытия патологических тенденций и состояний (мании, депрессии). Н. А. Murrey подчеркивает, что для правильного анализа содержания рассказов необходимы известные сведения об обследуемом, некоторое знание его прошлого и настоящего.

Автор считает, что заключения, полученные на основе анализа рассказов ТАТ, должны рассматриваться как рабочие гипотезы, которые необходимо проверять другими методами, а не как доказанные факты. Учитывается и недостаточно высокая надежность этого метода исследования личности, ибо рассказы ТАТ отражают как мимолетные настроения обследуемого в данный момент, так и настоящую жизненную ситуацию. Умелое использование биографических и других данных, имеющихся у психолога, позволяет предполагать возможность тех или иных личностных тенденций.

D. Rapaport (1945), ставя под сомнение выдвинутый Н. А. Murrey принцип анализа

рассказов обследуемых при исследовании методикой ТАТ как проявления фантазирования, предлагает рассматривать их как продукт познавательной деятельности при неопределенности стимульного материала. Для интерпретации результатов им предлагается анализ формальных характеристик построения рассказа, в первую очередь любых отклонений от его стандартного построения. D. Rapaport (цит. по Е. Т. Соколовой, 1980) различает такие категории формальных характеристик, как чувства, переживания, возникающие у обследуемого в ситуации эксперимента; оценка персонажей рассказа; выделение стремлений и установок, понимаемых как основные показатели мотивов личности; препятствия или барьеры, возникающие в связи с реальными действиями других лиц или социальных норм, препятствующих осуществлению стремлений обследуемого.

Б. В. Зейгарник, В. В. Николаева, Л. Б. Филонов (1972) приводят следующие основные категории анализа рассказов обследуемых.

«Уход» — уклонение обследуемого от выполнения задания. Дается либо описание, иногда даже излишне детализированное, либо сюжет строится формально, при этом отсутствует конкретное содержание, либо обследуемый подменяет необходимость собственного построения сюжета изложением готового материала, взятого из литературных произведений, кинофильмов и т. п., либо обследуемый дает разветвленный вариант сюжета, легко переходя от одной сюжетной линии к другой, рассматривая их как равноценные, равно-возможные. «Уход» на все картины рассматривается как проявление боязни испытания или затруднений в общении. Он может быть и следствием интеллектуальной недостаточности. «Уход» в случаях описания отдельных картин обозначает либо неприятие изображенной ситуации вследствие полного незнания особенностей жизненных коллизий такого рода (чуждая среда), либо особую значимость ситуации для обследуемого.

Позиция персонажей может быть действенной, страдательной, созерцательной или агрессивной. Все эти виды отражают соответствующие тенденции личности и имеют свои качественные характеристики. Например, для действенной позиции характерны превалирование глаголов в настоящем времени, отражающих стремление к изменению существующего положения путем оперирования собственными возможностями, подчеркивание хорошего прогноза.

Категория солидаризации рассматривается как проявление понимания одного из персонажей, разделения его взглядов, сочувствия ему. По особенностям солидаризации судят о присущей больному системе межперсональных отношений.

Отступление от сюжетной линии характеризуется внезапным переходом от одного направления рассказа к другому. Различаются отступления справочные, свидетельствующие о резонерских тенденциях, и мемориальные, являющиеся показателями эгоцентричности. Частые отступления характеризуются авторами как проявление «скачки идей».

Ошибки восприятия (но не конфабуляции) — проявление нарушений баланса между внешними и внутренними факторами восприятия, с доминированием последних.

Количество деталей свидетельствует о поведении обследуемого в ситуации эксперимента. Например, малое количество деталей — проявление самостоятельности обследуемого, его независимости и некоторого игнорирования окружающего.

Общее время рассказа характеризует сферу сознания обследуемого, присущее ей богатство представлений, легкость возникновения ассоциаций. Длинный рассказ по одной из картин свидетельствует о заинтересованности, длительные паузы — об аффективных реакциях.

Такая схема категорий для интерпретации рассказов по картинам ТАТ представляется нам предпочтительной для использования в патопсихологии.

Е. Т. Соколова (1980), анализируя возможности практического использования метода, считает, что наибольшее применение он находит в клинике неврозов и других пограничных состояний для выявления аффективных конфликтов и спонтанно, часто неосознанно,

складывающихся у больного способов их разрешения. При этом для клинициста могут представлять особый интерес такие особенности аффективной сферы личности, диагностируемые с помощью ТАТ, как определение ведущих мотивов, отношений, ценностей, обнаружение аффективных конфликтов, характерных для больного механизмов психологической защиты, характеристика ряда индивидуально-личностных особенностей (импульсивность — подконтрольность, эмоциональная устойчивость — лабильность, эмоциональная зрелость—инфантильность), самооценка обследуемого (соотношения между «Я» идеальным и реальным, степень принятия себя).

Существенный недостаток ТАТ Б. Д. Карвассарский (1982) видит в существующем уровне техники интерпретации, который еще не обеспечивает достаточной надежности заключения, его полной независимости от исследующего. Поэтому исключительно важно подчеркиваемое Е. Т. Соколовой обстоятельство, без учета которого невозможно использование ТАТ в практике: все выявляемые этой методикой закономерности — это не более чем потенциальные возможности, тенденции, установки личности. Поэтому неправомерен прямой перенос данных ТАТ на характеристику личности и поведения больного.

В патопсихологической практике, нам представляется, возможности применения ТАТ не ограничиваются психогенными заболеваниями. С помощью метода мы получаем интересные личностные характеристики при аффективных психозах, алкогольной деградации личности. Показано значение метода для оценки аффективной сферы больных шизофренией (Н. К. Киященко, 1965; Т. Н. Бояршинова, 1975). Теоретические и практические аспекты применения ТАТ в советской патопсихологии разрабатывались И. Н. Гильяшевой (1967), С. В. Цуладзе (1969).

Метод исследования фрустрационной толерантности впервые описан S. Rosenzweug (1954) под названием «Метод рисуночной фрустрации». Позже было издано специальное руководство по использованию этого метода с соответствующими стандартизованными нормами (S. Rosenzweug, E. Hemming, H. Clark, 1947), которое и в настоящее время остается основным.

Как видно из названия метода, его задача — изучение особого аспекта личности, реакций на фрустрацию. В качестве стимульного материала используются рисунки, изображающие наиболее часто возникающие конфликтные ситуации, ситуации, которые могут фру« стрировать личность (рис. 13). Пол, возраст и сфера деятельности не являются решающими для возникновения этих ситуаций.

В отличие от картин ТАТ предлагаемые здесь рисунки достаточно однообразны по своему характеру и, что является наиболее существенным, служат для того, чтобы получить от обследуемого сравнительно простые ответы, ограниченные по содержанию и размеру.

Таким образом, настоящий метод сохраняет некоторые из объективных преимуществ теста словесной ассоциации и в то же время приближается к возможному раскрытию тех аспектов личности, которые исследователи пытаются выявить с помощью ТАТ.

Материал методики состоит из 24 рисунков, где изображены лица, находящиеся во фрустрационной ситуации преходящего типа. На каждом рисунке персонаж слева изображен произносящим слова, которыми описывается фрустрация собственная или другого индивида. Над персонажем справа имеется пустой квадрат, в который обследуемый должен вписать собственный ответ. Черты и мимика персонажей из рисунков устранены.

Те ситуации, которые наличествуют в методике, можно подразделить на две основные группы. Первая—ситуации препятствия, или, по терминологии S. Rosenzveig, «эгоблокинговые». В этих ситуациях какое-либо препятствие, действующее в ситуации, обследуемого обескураживает, сбивает с толку, фрустрирует любым прямым способом. Существует 16 ситуаций этого типа (например, 1, 3, 6, 8 и др.). Вторая—ситуации обвинения, или

«суперэгоблокинговые». Здесь субъект является объектом обвинения (например, 2, 5,7 и др.).

В процессе эксперимента обследуемому вручается серия рисунков и предлагается инструкция следующего содержания: «На каждом из рисунков изображены двое или более лиц. Один всегда изображен говорящим определенные слова. Представьте себе, что будет отвечать другой человек и запишите первый ответ, который приходит Вам на ум. Не старайтесь отделаться шуткой и действуйте по возможности быстрее». Обследуемому на примере первого рисунка демонстрируется, как он должен давать ответ. Тест может быть использован и при индивидуальном, и при групповом эксперименте.

Каждый ответ обследуемого оценивается с точки зрения двух критериев: направленности и типа реакции личности. По направленности выделяются 1) экстрапунитивные реакции — обвиняются внешние препятствия или лица, вызвавшие у субъекта неприятности; при этом иногда кому-то вменяется в обязанность разрешение сложившейся ситуации; 2) интрапунитивные реакции — обвинение себя; обследуемый берет на себя ответственность за исправление ситуации или же воспринимает фрустрационную ситуацию как благоприятную для себя; 3) импунитивные реакции — обследуемый уклоняется от упреков другим людям и рассматривает ситуацию примиряющим образом, как нечто, что может быть исправлено, стоит только подождать и подумать.

По типу реакции подразделяются на: 1) препятственно-доминантные — в ответе обследуемого вызвавшее фрустрацию препятствие всячески подчеркивается (это препятствие представляется как неблагоприятное, благоприятное или незначительное); 2) самозащитные— главную роль в ответе обследуемого играет способ защиты «Я», обследуемый осуждает кого-нибудь, признает свою вину, отрицает ответственность вообще; 3) необходимостно-упорствующие — акцент делается на потребности разрешить возникшую ситуацию, обследуемый требует помощи от других лиц, сам берется за разрешение..проблемы или полагает, что время и ход событий приведут к ее исправлению.

Из комбинации этих 6 категорий, каждая из которых получает свое условное обозначение, получают 9 возможных факторов оценки (и 2 дополнительных варианта).

При оценке результатов ответы обследуемого сравнивают со стандартными. Несовпадающие ответы не получают оценки, а совпадающие оцениваются в 1 или 0,5 балла (последнее, если ответ содержит двойную оценку, а совпадает со стандартной только одна из них). По оценке ответов составляются профили числовых данных, а по ним — три основных образца и один дополнительный.

В процессе исследования нередко обследуемый изменяет тенденцию ответов. Для учета этого тенденции анализируются. При интерпретации обращается внимание на изучение социальной адаптации обследуемого, частоты его конфликтов с окружающими, производится оценка факторов таблицы профилей, изучаются образцы и. тенденции. Обращается внимание на то, как понимает обследуемый свои реакции. У психически здоровых наиболее часты экстрапунитивные реакции, на втором месте — импунитивные и реже отмечаются интрапунитивные реакции. Таким образом, здоровый человек в большинстве случаев или направляет свои реакции на внешнее окружение и обвиняет в препятствиях внешние причины, или же уклоняется от высказывания упреков как другим людям, так и самому себе, т. е. рассматривает фрустрирующую ситуацию примиряющим образом. Установление показателя, на основании которого можно судить о степени социальной адаптации индивида, возможно при наличии средне-групповых данных. Однако имеющиеся в зарубежной литературе стандарты не могут быть заимствованы с этой целью.

Рассмотрение метода, посвященного изучению фрустрации как личностной характеристики, заставляет нас обратиться к некоторым теоретическим аспектам проблемы фрустрации в целом.

Интерес к фрустрации как к одной из реальных жизненных проблем возник в 30-х годах

нашего столетия и, несомненно, толчком к этому послужили работы S. Freud. Но психологи, которые занимались этой проблемой, быстро обнаружили, что признание фрейдовских принципов — это одна сторона дела, а использование их в качестве основы для экспериментальных исследований — нечто другое. Это и послужило стимулом для развития теорий фрустрации.

В настоящее время можно говорить о следующих основных в современной зарубежной психологии теориях фрустрации: теория фрустрационной фиксации (N. K. Mair, 1949); теория фрустрационной регрессии (K. Barker, T. Dembo, K. Lewin, 1943); теория фрустрационной агрессии (J. Dollard, 1939); эвристическая теория фрустрации (, 1949). Наиболее завершенной и интересной, нам представляется, созданная S. Rosenzweig эвристическая теория фрустрации. Согласно этой теории, фрустрация имеет место в тех случаях, когда организм встречает более или менее непреодолимые препятствия на пути к удовлетворению какой-либо жизненной потребности. Фрустрация, по S. Rosenzweig, — это способность приспособления к ситуации стресса, характерный способ поведения.

Защита организма осуществляется, согласно этой теории, на трех уровнях: клеточном (защита основана на действии фагоцитов, антител и т. п., иными словами, защита от инфекционных воздействий) ; автономном — защита организма в целом от физических «агрессий» (соответствует в психологическом плане состояниям страха, страданиям, в физиологическом — изменениям, происходящим в организме при стрессе); кортикальном — психологическом уровне. На этом уровне и строится, главным образом, теория фрустрации, выделение соответствующих критериев с точки зрения направленности и типа реакции личности, о которых мы говорили ранее.

Это разграничение схематично и подчеркивает, что в широком смысле теория фрустрации включает все три уровня как взаимопроникающие. Таким образом, можно сделать вывод о том, что фрустрация толкуется чрезвычайно широко (хотя разработанный S. Rosenzweig метод и предназначен для изучения третьего уровня защиты), вбирает в себя понятие стресса, а не ограничивается изучением только лишь реализации этого явления на уровне психического.

В этом плане нам представляется более психологическим определение Н. Д. Левитова (1.967), который под фрустрацией понимает состояние человека, выражающееся в характерных особенностях переживаний в поведении и вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или к решению задачи.

Метод исследования фрустрации может и должен сыграть свою роль в патопсихологических исследованиях. Изучение фрустрационных реакций помогает понять происхождение неврозов, способствовать правильной организации психотерапии. Проблема фрустрации имеет прямое отношение к проблеме психопатий и психогений. В отечественных исследованиях отмечается возможность применения его для дифференциальной диагностики неврозов (Н. В. Тарабрина, Г. В. Шеряков, В. Д. Дмитриев, 1971) и неврозоподобных состояний (Л. И. Завилянская, Г. С. Григорова, 1976).

Метод незаконченных предложений применяется в экспериментально-психологической практике давно. С. Д. Владычко (1931) указывает на то, что он был разработан и применялся H. Ebbinhaus и Th Ziehen. В экспериментально-психологической лаборатории клиники В. М. Бехтерева метод незаконченных предложений применялся для исследования воображения (В. В. Абрамов, 1911, С. Д. Владычко, 1931). Существует множество его вариантов.

В педагогической психологии для определения типа личностной направленности использовался вариант метода незаконченных предложений A. Myerson (1919). Он отличался относительно высокой регламентированностью — окончание предложения обследуемый должен был выбрать из нескольких, предложенных ему. По мнению Н, Д. Левитова (1969), этот вариант

был близок к тестам коллизии. Регламентированность деятельности обследуемого в значительной мере снижает значение методики Мейерсона как проективной. Пример из методики Мейерсона:

Человек, ведущий праведную (хорошую) жизнь...
упускает случай повеселиться,
приобретает всеобщее уважение,
идет в жизни тяжелой тропой,
будет обманут жуликами.

В варианте A. F. Payле и A. Rohde обследуемому предлагается 66 незаконченных предложений, которые он должен дополнить. Инструкция содержит указание о необходимости делать это как можно быстрее, без обдумывания, не пропуская ни одного из предъявленных предложений. На основании анализа и интерпретаций полученных данных исследователь делает заключение об особенностях отношения обследуемого к окружающим, представителям того же или противоположного пола, друзьям, учителям, людям вообще, каково его отношение к самому себе, своему будущему, деньгам, законам, воспитанию и т. д. При этом могут быть выявлены наличие ипохондричности, мысли о самоубийстве, чрезмерная мнительность. По мнению Т. Bilikiewicz (1960), этот метод применим как для индивидуальных, так и для групповых исследований и помогает выявить скрываемые больным или даже не осознаваемые им переживания. Поэтому автор пишет о важном значении метода незаконченных предложений для построения психотерапевтической и психопрофилактической работы, а также для решения ряда социальных вопросов по устройству в обществе психически больных. Приводим примеры неоконченных предложений в варианте A. F. Payле и A. Rohde:

Моя профессия...
Будущее...
Хотел бы знать...
Наша семья...
Если бы...

Известен также вариант метода незаконченных предложений J. M. Sacks и S. Levy. Он включает 60 незаконченных предложений, дополнения к ним несколько больше детерминированы руслом начала фразы, чем в варианте A. F. Payne и A. Rohde. Эти предложения могут быть разделены на 15 групп, характеризующих в той или иной мере систему отношений обследуемого к семье, к представителям того же или противоположного пола, к половой жизни, к вышестоящим по служебному положению и подчиненным. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым больным страхам и опасениям, к имеющемуся у него чувству сознания вины, свидетельствуют об его отношении к прошлому и будущему, затрагивают взаимоотношения с родителями и друзьями, жизненные цели.

Следует отметить, что некоторые вопросы этого варианта оказываются неприятными для обследуемых, так как касаются интимной стороны их жизни. Поэтому Г. Г. Румянцев (1969) рекомендует в инструкции сообщать больному, что исследование производится с целью тренировки памяти или внимания.

Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную. Приводим примеры предложений и варианты ответов с оценкой:

Отношение к семье По
сравнению с большинством других семей моя семья ....
1. Плохая, недружная, распалась, несчастливая, мещанская —2
2. Не очень хорошая, нервная, менее дружная —1
3. Не хуже и не лучше других —О

Отношение к будущему
Будущее кажется мне
1. Очень мрачным, печальным, страшным, плохим —2
2. Не очень светлым, туманным, неприглядным —1
3. Светлым, розовым, неясным, неизвестным; таким же, как настоящее —O

Количественная оценка облегчает выявление у обследуемого дисгармоничной системы отношений, однако более перспективно качественное изучение дополненных предложений, проводимое с учетом анамнестических данных.

Многие больные, особенно рассматривающие исследование как нежелательную для них процедуру и стремящиеся скрыть мир своих глубоких переживаний, дают формально-условные ответы, не отражающие систему их личностных отношений. Исследованию методом незаконченных предложений должно предшествовать установление контакта между исследующим и больным, основанного на доверии.

По данным Г. Г. Румянцева (1969), с помощью метода незаконченных предложений выявляются характерные для больных шизофренией изменения системы личностных отношений. Мы применяли этот метод для обследования больных эпилепсией (И. В. Крук. 1981) и при неврозоподобных состояниях с целью формирования групп для коллективной психотерапии. Б. Д. Карвассарский (1982) отмечает, что метод дает положительные результаты в экспресс-диагностике системы отношений личности, что представляет интерес для практического врача в его повседневной деятельности, позволяя значительно ярче и полнее осветить общую картину нарушения отношений личности, жизненных установок больного, его тенденций (осознанных и неосознанных). Поэтому метод незаконченных предложений, крайне простой и несложный в интерпретации, может оказаться особенно полезным при пограничных нервно-психических, в том числе и психосоматических, заболеваниях.

Метод Вартегга. Предложенный знаковый (рефлексографиче-ский) тест E. Wartegg (1963) рассматривает как психодиагностический, заключающийся в графическом продолжении планомерно варьированных зрительных графических раздражителей.

Обследуемому предлагают лист бумаги с белыми на черном фоне плоскостями для рисунка. Всего таких квадратов-плоскостей 8. Каждый квадрат содержит знаки-раздражители: точку, волнистую линию, отрезки прямых в разных положениях, заштрихованный квадрат, полуокружность, пунктирную полуокружность.

Исследующий предлагает больному продолжить уже внесенные в квадрат знаки, рассматривая их как начальные линии и составной элемент рисунка. Последовательность заполнения квадратов и необходимое для этого время не регламентируются. Перед обследуемым кладут карандаши — простые и цветные. По мнению большинства исследователей, тест Вартегга должен быть отнесен к проективным методам. R. MeШ (1969) проводит параллель между методами Вартегга и Роршаха на основе того, что оба они построены на переработке и интерпретации заданных стимулов.

Теория, созданная E. Wartegg для объяснения полученных этим методом данных, представляется нам эклектической и спорной. Автор пытался сообразовать результаты своих исследований с принципами патофизиологии высшей нервной деятельности И. П. Павлова. Так, диффузная чернота рисунка, асимметричная и скученная персеверация знака, каракули рассматриваются им как проявление преобладания в коре большого мозга процесса возбуждения, тогда как персеверативные штрихи на краю поля рисунка, симметричное повторение знаков или штрихов должны свидетельствовать о доминировании коркового торможения. Диссоциация между содержанием рисунка и его интерпретацией расценивается как проявление нарушений взаимоотношений между сигнальными системами. На основе такого рода анализа строит якобы присущий каждому больному «рефлексографический профиль». Еще

более сомнительно построение «характерологического профиля», основанного на достаточно произвольной оценке участия в рисунке тех или иных знаков. Знакам-раздражителям приписываются известные характерологические свойства. Так, рисунки по второму знаку (волнистая линия) анализируются в плане характеристики таких свойств обследуемого, как аффективность, контактность; по третьему знаку (три последовательно увеличивающиеся прямые вертикальные линии) — целеустремленность. Нам представляется, что произвольность этой символики в известной мере напоминает построения психоаналитиков.

Не принимая теоретической надстройки, мы апробировали в нашей лаборатории (А. Г. Чередниченко, 1985) метод Вартегга при обследовании больных эпилепсией и шизофренией. Обнаружено убедительное различие данных, полученных у больных обеих групп. При оценке результатов обращали внимание на такие показатели, как характер рисунка (реалистичность, символичность, склонность к детализации), выбор цвета, привнесение в рисунок графически-вербальных компонентов, «стандартность» рисунка, его интерпретация обследуемым.

Тест выбора цвета Люшера разработан швейцарским психологом M. Lusher (1947) и рассматривается как проективный метод, направленный на опосредованное изучение личности. В полном варианте теста используются 73 цветные карточки 25 различных цветов и оттенков.

Чаще используется сокращенный набор, состоящий из 8 цветных карточек. Четыре цвета—синий (темно-синий), желтый, красный и зеленый считаются основными, базисными, «психологическими первоэлементами». Фиолетовый (смесь красного и синего), коричневый (смесь желто-красного и черного), нейтральный серый, не содержащий никакого цвета и потому якобы не оказывающий какого-либо существенного воздействия на обследуемого, и черный, который рассматривается как «отрицание цвета», являются дополнительными цветами.

Перед обследуемым на белом фоне полукругом раскладывают карточки и просят его выбрать из них одну, окрашенную в наиболее приятный ему цвет. При этом обследуемого предупреждают, что на выбор не должны влиять ни его вкус, ни доминирующий в моде цвет, ни окраска интерьера. Выбранную обследуемым карточку переворачивают и откладывают в сторону, после чего его просят вновь 'выбрать из оставшихся наиболее для него приятную карточку. Таким образом исследование проводится до конца, и в результате исследующий получает возможность зафиксировать полученный цветовой ряд. Для обозначения оценки цвета обследуемым прибегают к значкам:

явное предпочтение +
предпочтение X
безразличное отношение =
антипатия, неприятие —

С помощью этого цветового ряда устанавливается ранжирование карточек в нисходящем порядке.

Интерпретация результатов производится с учетом категорий функции и структуры цвета. Под функцией цвета M. Lusher понимает субъективное отношение обследуемого к цвету, обусловленное его эмоциональным состоянием в момент исследования. Структура цвета определяется якобы объективным знанием цвета, его психологического содержания. В соответствии с функцией и структурой цвета с помощью специальных таблиц получают стандартные характеристики личностных свойств обследуемого.

Приводим в качестве примера сокращенное психологическое описание структурного значения одного из основных цветов: так, синий цвет символизирует глубину чувства и является концентричным (т. е. занятым сферой субъективного), пассивным, воссоединяющим, гетерономным, чувствительным; его аффективные компоненты — спокойствие, удовлетворенность, нежность, любовь и привязанность. Синий с функцией + в 1-й позиции указывает, что субъект будет действовать путем создания вокруг себя обстановки эмоционального покоя, благожелательности со стремлением избежать каких-либо конфликтов

или действий, требующих энергии и мобилизации сил. Синий со знаком—, наоборот, указывает на неудовлетворенность ситуацией, на неспособность самому изменить ее (эти качества сочетаются с неуступчивостью, сопротивлением воздействиям со стороны), на раздражительность, беспокойство, склонность скрывать свою ранимость.

Пытаясь создать психологическую теорию, на которой базировался бы разработанный им тест, M. Lusher дал своеобразную интерпретацию цветов, связанную, по его мнению, с жизнедеятельностью человека. Так, темно-синий цвет рассматривается им как символ ночи, цвет покоя и пассивности, ярко-желтый — символ дня, это цвет надежды и активности. Таким образом, автор выделяет факторы, управляющие человеком. Ночью (темно-синий цвет) прекращается активность человека и, наоборот, днем (ярко-желтый цвет) деятельность человека, его активность стимулируются. Эти гетерономные цвета рассматриваются M. Lusher как неподконтрольные человеку. Два других базисных цвета — красный и зеленый — рассматриваются как автономные, саморегулирующие, При этом красный цвет символизирует нападение, а зеленый — защиту.

Помимо критериев гетеро- и автономности. M. Lusher пользуется еще факторами активности и пассивности. Синий цвет—гетерономно-пассивный, желтый—гетерономно-активный, красный —автономно-активный, зеленый — автономно-пассивный. Таким образом, цвета связываются с жизнедеятельностью человека и функционированием личности. Выбор цвета в пределах основных цветов относится к сознательной сфере психики, в пределах дополнительных цветов и оттенков связывается с бессознательной сферой.

Вопрос о возможностях применения теста Люшера в патопсихологии представляется нам спорным и решение его не может быть однозначным. Создаваемая в процессе исследования ситуация выбора цвета является весьма специфичной и не может отождествляться с поведенческой реакцией обследуемого в любой ситуации вообще. Такая расширительная трактовка совершенно неправомерна. Более того, известные трудности представляет оценка самого акта выбора. Выбор цвета — сложная форма деятельности, зависящая от ряда существенных моментов, переменных, имеющих важное значение будучи взятыми по отдельности и в различных сочетаниях. R. Meili (1961) совершенно справедливо указывает, что в настоящее время мы еще не можем достаточно полно оценить реакцию выбора. Ссылаясь на исследования самого M. Lusher и M. Pfister, R. Meili говорит о том, что выбор в ситуациях, моделируемых с помощью тестов Люшера и Пфистера (тест цветных пирамид) зависит не только от реакции на цвет. На него оказывает влияние ситуация, в которой он происходит. Выбор цвета существенно зависит от мотивов деятельности (нужно ли что-то сделать с цветной карточкой или нет), от того, из какого количества цветных карточек обследуемый производит выбор — из двух или из большего количества. Можно лишь утверждать, считает R. Meili, что существует зависимость выбора цвета от настроения. В. П. Урванцев (1981) пишет о том, что на предпочтение того или иного цвета влияют слишком многие факторы, включающие как особенности цветового стимула, так и индивидуально-типологические особенности человека. Так, к особенностям стимула автор относит влияние утомляемости и адаптации на эмоциональную оценку цвета, размеры цветного образца, аффективный контраст при рассматривании серии хроматических образцов, отличающихся по аффективному значению, цвет фона, насыщенность и яркость цветного образца. К особенностям восприятия цвета, зависящим от обследуемого, по Л. П. Урванцеву, относятся индивидуальная аффективная чувствительность к цвету, возраст, социо-культуральные характеристики, пол, эмоциональное состояние в момент исследования (например, спокойное состояние или психическая напряженность.) Большинство из этих факторов в тесте Люшера не учитываются, что ни в коем случае не компенсируется его строгой стандартизацией.

Еще более сомнительными являются теоретические обоснования теста Люшера. Как и все другие авторитетные специалисты в области психодиагностики, R. Meili пишет о том, что

необходимое условие использования теста в практике — это тщательная научная разработка его основ. В основе теста Люшера не лежит какая-либо серьезная научная теория. Приведенные выше рассуждения M. Lusher относительно структуры основных цветов основаны на сугубо мифотворческой символике и могут рассматриваться как спекулятивные. J. De Leeuw (1957), анализируя тест Люшера, пишет о том, что некоторые эмпирические данные, особенно полученные в клинике психических заболеваний W. Furrer (1953), представляются ценными, интересными, но теория M. Lusher в большей своей части неприемлема; и тест, и интерпретация получаемых с его помощью данных нуждаются в объективизации.

Приведенное выше не является поводом для полного отказа от теста Люшера. Отрицая возможность использования его для получения сколько-нибудь полной, развернутой характеристики личности, следует подтвердить возможность его применения для оценки эмоциональной сферы личности. В связи с этим определенный интерес представляют показатели функции цвета, отражающие субъективное восприятие цвета обследуемым. Такой подход раскрывает достаточно интересные перспективы использования теста Люшера в патопсихологии для сравнения различных аффективных состояний в индивидуальных и особенно групповых исследованиях. Здесь тест Люшера может объективно показать динамику эмоционального состояния больного и, возможно, его глубину. Несомненный интерес представит при такого рода исследовании сопоставление данных, получаемых с помощью теста Люшера и методики определения степени приятности цвета по К. А. Рамулю.

Определение степени приятности отдельных хроматических цветов. Методика предложена К. А. Рамулем (1958, 1966) и относится к группе «методов впечатления». Материалом изучения являются переживания обследуемого, вызванные какими-либо раздражениями или впечатлениями. Методика направлена на исследование эмоциональной сферы личности. Она основана на определении обследуемым степени приятности демонстрируемых ему цветных карточек, окрашенных в основные хроматические цвета. Возможны несколько вариантов методики.

В одном из вариантов цветные карточки предъявляются одновременно, будучи расположенными на одном фоновом листе. Обследуемый должен выбрать наиболее приятный ему цвет. Иногда задание состоит в выборе приятных для обследуемых комбинаций цветов. Этот вариант близко подходит к тесту Люшера, так как в сущности для обследуемого создается ситуация выбора.

Во втором варианте методика не включает элементы выбора цвета, хотя сравнение отдельных цветов, не предусмотренное инструкцией исследующего, и здесь имеется. Обследуемому демонстрируют цветные карточки по отдельности и предлагают каждый хроматический цвет оценить по следующей системе: очень приятно (+3), приятно (+2), в слабой степени приятно (+1), безразлично (0), в слабой степени неприятно (—1), умеренно неприятно (—2), очень неприятно (—3).

Исследование проводится с помощью специального набора карт (цветной квадрат на белом фоне). Оценка количественная.

Этой методикой мы (совместно с И. В. Борисовым, 1969) изучали субъективное восприятие цвета в патологии, при эпилептических дисфориях. С этой целью по каждому цвету были разработаны такие показатели, как средний показатель степени приятности цвета у здоровых контрольной группы ($C_п$), у больных эпилепсией вне дисфории ($C_о$) и при дисфориях отрицательного (C_d) и положительного (C+d) аффективного тона. Кроме того, по формуле:

Cd—Co

———————

Соопределялся показатель ДС, характеризующий разницу в оценке приятности цвета для больного

при аффективном сдвиге.

Методика пригодна для исследований как отдельных больных, так и групп больных. Для каждого больного может быть установлен характерный цветовой ряд. Сравнение этих рядов в динамике, при изменении эмоционального состояния больного, представляет значительный интерес.

Как дополнительный вариант методики мы использовали прием соотнесения цветов и оттенков. Для этого изготавливаются эталоны, т. е. карты, окрашенные в основные цвета спектра и имеющие форму круга. Соответственно каждому цвету обследуемому предъявляют еще три квадратные карты, из которых одна по цвету совершенно идентична эталону, вторая окрашена более насыщенным, а третья—менее насыщенным цветом. Инструкция предусматривает необходимость подобрать к каждой карте-эталону «наиболее к ней подходящую квадратную карту», модус деятельности и критерий отбора не уточняются. Исследуются особенности мотивационной направленности поисковой деятельности и точность регистрации идентичности цветов и оттенков при их сопоставлении.

III. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ШИЗОФРЕНИЯ

При патопсихологическом исследовании больных шизофренией обнаруживаются своеобразные, диагностически значимые, изменения мышления, перцептивной деятельности и аффективно-личностных свойств. Проявления психической патологии при этом носят суммарный характер, они не могут быть адресованы к одной из сфер психической деятельности, поэтому в их описании мы будем часто прибегать к характеристике результатов исследования, получаемых с помощью той или иной методики, в первую очередь максимально валидных, в диагностике шизофренического процесса. В то же время следует отметить, что практически не существует методик, которые являлись бы совершенно диагностически не значимыми при исследовании больных шизофренией. Например, кривая запоминания 10 слов по типу «плато» при отсутствии клинически определяемого снижения памяти является косвенным признаком наличия аффективно-личностных изменений по шизофреническому типу.

Искажение процесов обобщения и отвлечения у больных шизофренией особенно легко выявляется при исследовании методикой классификации. Распределение карточек на группы производится больными чрезмерно обобщенно, без связи с реальным содержанием явлений, либо же по несущественным, необычным, неадекватным признакам. Приводим примеры выполнения задания по методике классификации больными шизофренией.

Больная А. провела классификацию, руководствуясь скончаниями написанных на карточках слов. Так, в одну группу она объединила мак, жук, в Другую — морковь, гусь, тетрадь, лошадь. Отдельные группы она подобрала по количеству букв в словах: пила, рыба, коза, слон.

Больная П. при классификации выделила следующие группы: живые существа женского и мужского пола: грибы, неодушевленные предметы мужского, женского и среднего рода: растения мужского, женского и среднего рода; предметы, имеющие лишь множественное число; людей мужского и женского пола..

Во втором случае наглядно видно игнорирование больной существенных связей, вся классификация проведена ею в основном по грамматическому принципу. Весы и часы оказываются случайно в одной группе, но не потому, что они являются измерительными приборами, а в связи с грамматическими особенностями этих слов. В основе классификации, проведенной больной П., не лежит какая-то единая система. Больная одновременно применила для классификации несопоставимые критерии.

Нередко больные шизофренией при классификации минуют первый этап выполнения задания и сразу же делят все карточки на две (живая и неживая природа) группы.

По характеру проведения классификации больными шизофренией нередко можно судить о нарушениях у них целенаправленности мышления, приводящих к непродуктивности мыслительной .деятельности, хотя выполнение отдельных достаточно сложных заданий свидетельствует, что интеллектуальный уровень у них не снижен. Примером этого является приведенная выше классификация, построенная на несопоставимых критериях. Об этом же свидетельствует проведение классификации на разных уровнях обобщения —. наряду с достаточно обобщенными нередко на основе выделения абстрактного признака группами остается множество единичных, не рубрифицированных карточек («Их ни с чем объединить нельзя, они сами по себе»— говорит больной).

При выполнении заданий по методике исключения больные также производят обобщение по несущественным, формальным признакам.

Больной Л. объединяет в одну группу ножницы, катушку и трубку — «все они имеют сквозные отверстия, а наперсток имеет лишь входное отверстие». Он же объединяет весы, очки и часы и исключает термометр — «по принципу «общности отношений деталей. Весы при воздействии факторов внешней среды могут колебаться, у очков можно передвигать ушки, а часы имеют заводной механизм».

Легкость актуализации «слабых», чрезмерно обобщенных признаков обнаруживается, когда больному шизофренией предъявляют карточку, где изображены далекие друг от друга предметы. Здоровые обследуемые в таких случаях либо отказываются выполнить задание, говоря, что эта карточка не содержит изображений трех предметов, которые можно было бы обобщить, либо дают обусловленно-формальное решение («если вы настаиваете, то можно так... но это неправильно»). Больные шизофренией в этих случаях легко производят обобщение и отстаивают правильность решения задачи. Так, например, предъявляется карточка, на которой нарисованы роза, яблоко, шуба, книга.

Больной С: «Роза, яблоко и книга имеют листья».

Больной О.: «Если в грамматике разбираться, то книга, роза, и шуба женского рода, а яблоко — среднего рода».

При исследовании методикой исключения нередко у больных шизофренией обнаруживаются явления разноплановости мышления. Одно и то же задание больной выполняет в нескольких вариантах (иногда один из них правильный). При этом предпочтение какому-либо решению не отдается. Так, больная П. одно и то же задание решает двояко: «Можно объединить монету, будильник и карманные часы и выделить стенные часы, так как они граненой формы. А можно выделить монету—это все часы по производству, а это деньги. Все зависит от постановки вопроса. Если по форме — то первое решение, а по производству — второе».

Больной Ж. объединяет в одну группу солнце, керосиновую лампу и свечу и исключает электрическую лампочку. При этом он рассуждает следующим образом: «Электрическая лампочка слишком пахнет цивилизацией. Цивилизация убила все, что оставалось в человеке хорошего. Вообще-то, нет надобности исключать ни один из этих предметов, но, руководствуясь подтекстом, я исключил электрическую лампочку. Кроме того, в ней нет очевидности горения, накала нити. Иначе были бы какие-нибудь лучи подрисованы. Таким образом, здесь могут быть два плана: первый—субъективно-индивидуальный, а второй — обусловленный необходимостью конкретного ответа на прямой вопрос». Задание, требующее обобщения измерительных приборов, больной решает так: «Здесь могут быть три плана. Первый план — я исключаю очки. При этом руководствуюсь нежеланием слепоты духовной. Очки — это символическая согласованность, свидетельствующая о слепоте. Второй план — при рассмотрении с позиций человеческой необходимости использования в быту — нужны все четыре предмета. Есть и третий план — все эти предметы, кроме весов, являются более единичными, цельными по своей природе». Эти явления разноплановости наблюдаются и при обследовании больных шизофренией другими экспериментальными методиками, предполагающими целенаправленную

и последовательную деятельность (например, соотношение пословиц с фразами), так как разноплановость—проявление нарушения целенаправленности мышления (Б. В. Зейгарник, 1958).

Случайные, неадекватные ассоциации обнаруживаются в пиктограммах больных шизофренией. Следует отметить, что методика пиктограмм выявляет нарушения ассоциативного процесса часто тогда, когда они еще остаются незаметными при исследовании другими методиками.

Методика пиктограмм требует от обследуемого умения уловить общее в слове и рисунке, хотя значение слова само по себе шире, чем то, что можно изобразить рисунком, и значение рисунка шире, чем слова, они должны лишь в какой-то части совпадать (Г. В. Биренбау.м, 1934; Б. В. Зейгарник, 1958; А. Р. Лурия, 1962). Обнаруживаемые при исследовании методикой пиктограмм у больных шизофренией расстройства соотнесения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов аналитико-синтетической деятельности можно расценивать как результат нарушения взаимодействия сигнальных систем. Этим же можно объяснить и то обстоятельство, что для больных шизофренией неравнозначными оказываются предметный и словесный варианты методики исключения.

При исследовании методикой пиктограмм больных шизофренией нередко отмечается своеобразная легкость, с которой они подбирают образы для опосредования. Пиктограммы, особенно к словам абстрактного содержания, не представляют для них такой трудности, как для больных с интеллектуальной недостаточностью вследствие органического поражения мозга.

По Г. В. Биренбаум (1934), они отображают характерную для мышления этих больных «пустую» символику—это не присущая здоровым способность абстрагировать (высшее проявление психической деятельности), а вычурный, формальный способ искаженного отражения действительности, обусловленный аутизмом больного шизофренией.

С. В. Лонгинова (1972) разработала четкую систематику наблюдающихся у больных шизофренией при исследовании методикой пиктограмм образов, избираемых для опосредования. Так, выделяется выбор образов, неадекватный по содержанию. Сюда относится выбор весьма отдаленного от заданного слова образа, например к слову «справедливость» — стакан с водой. Далее к этой группе пиктограмм С. В. Лонгинова относит пустой, выхолощенный, бессодержательный выбор, например использование для пиктограмм точек, линий.

При этом для опосредования избирается образ, лишенный сам по себе какого бы то ни было содержания. Выбор на основе актуализации чувственного впечатления, например к слову «разлука» — темный квадрат («Темный квадратик — это олицетворение печали, разлука обычно сопровождается печалью. Темный цвет соответствует настроению, которое бывает при разлуке»). Пиктограммы по созвучию: «отчаяние» — чайник. С. В. Лонгинова выделяет также пиктограммы, построенные с учетом какого-то фрагмента, обычно неудачно выбранного конкретной ситуацией, например к слову «надежда»—скамейка («Когда надеются, то обязательно ждут. Стоя ждать неудобно»).

Вторую, характерную для больных шизофренией, группу пиктограмм, по С. В. Лонгиновой, составляют основанные на неправильном выборе с потерей целенаправленности действия. Здесь — множественный тип выбора, когда для опосредования избираются образы нескольких предметов, конкретный выбор с расплывчатостью и с символическим объяснением, например к слову «разлука»— стена, мусорное ведро и человек («Стена, мусорное ведро и человек сидит на этом ведре, обхватив голову, и думает, что снова один, Человека, как ненужную личность, бесполезность его существования, можно ассоциировать с мусором... Стена—символ одиночества...»); стереотипность выбора, когда для создания совершенно различных пиктограмм используется один и тот же узкий набор образов.

Б. Г. Херсонский (1982) установил тесную связь между характером пиктограмм и

психическим состоянием больных шизофренией. В состоянии обострения отмечается резкое снижение числа адекватных образов, смещение стереотипной установки, употребление букв.

Неадекватные ассоциации наблюдаются и в ассоциативном эксперименте. Речевая реакция в этих случаях связана не со словом-раздражителем, а с каким-нибудь посторонним раздражителем (зрительным, звуковым). Атактическая речевая реакция вообще не обусловлена наличием конкретного внешнего раздражителя.

У больных шизофренией в словесном эксперименте нередки низшие, примитивные (по А. Г. Иванову-Смоленскому, 1928) речевые реакции: эхолалические, отказные, по созвучию. Причем количество их обычно возрастает с течением процесса. Иногда удается обнаружить соответственно содержанию бреда наличие неиндифферентных словесных раздражителей. При воздействии их оказывается заметно увеличенным латентный период, речевая реакция многословна, отражает бредовые переживания больного. Так, при ипохондрической форме шизофрении такими неиндифферентными раздражителями оказываются названия болезней и внутренних органов, в которые больные проецируют испытываемые ими неприятные ощущения.

В ассоциативном эксперименте нередко обнаруживается и своеобразное изменение восприятия слов больными шизофренией. Слова для них приобретают множественное значение в связи с различной трактовкой их составных элементов. В этих случаях можно говорить о расшатывании смысловой структуры слова (патологический полисемантизм, по М. С. Лебединскому, 1938). Примером этого может служить следующая ассоциативная пара в словесном эксперименте: мужество — холостяк.

С преобладанием случайных, несущественных ассоциаций, с актуализацией «слабых» признаков предметов и явлений связаны и наблюдающиеся у больных шизофренией явления бесплодного мудрствования — резонерства. В результате специального патопсихологического исследования Т. И. Тепеницына (1965) описала структуру резонерства. Психологический анализ позволил автору установить наличие в структуре резонерства следующих компонентов: слабость суждений (выхолощенность ассоциаций, потеря целенаправленности, соскальзывания); непременное условия возникновения резонерства — аффективные изменения, проявляющиеся в в неадекватности выбора предмета обсуждения, в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большим обобщениям по поводу относительно незначительных объектов суждения. Из аффективных изменений Т. И. Тепеницына выводит и такую особенность резонерства, как многоречивость, указывая, что это следствие неадекватной позиции больного к ситуации. Отсюда же и многозначительность и своеобразный неуместный пафос высказываний. Мы уже приводили образцы резонерских суждений больных шизофренией, наблюдающихся при выполнении ими заданий по методикам исключения, пиктограмм. Особенно легко выявляется резонерство методикой определения понятий. Вот примеры такого рода резонерских формулировок:

Пальто — предмет элегантности, которая подчеркивает вкус носящего. Кроме того, иногда пальто защищает от холода и атмосферных влияний.

Дружба — это ассоциация нескольких взаимно одинаково развитых людей. В противном случае они, если дружащие находятся в неодинаковой стадии развития своего интеллекта, не будут друг друга понимать, и дружба превратится в недружелюбие.

Выступает резонерство и при объяснении больными смысла прочитанных рассказов. Вот как был понят больным рассказ «Колумбово яйцо»:

«Колумб, прежде чем отправился в экспедицию, все предварительно взвесил: ибо самое трудное — это подготовка к экспедиции, а не свершение. Что касается яйца, то теоретически оно не может стоять вертикально, так как разбитое яйцо — это уже не яйцо. Дело в том, что яйцо — это идея путешествия. Идеи бывают разные — осуществимые и неосуществимые. Поставив яйцо вертикально, Колумб продемонстрировал согражданам превращение идеи неосуществимой в осуществимую».

Представляет интерес понимание больными шизофренией переносного смысла пословиц. При уже выраженном шизофреническом дефекте скрытый смысл пословиц оказывается для больных недоступным — пословица трактуется формально. Примеры этого:

— Один в поле не воин.— Одному в поле скучно. Яблоко от яблони недалеко падает.— Яблоко, как и все в природе, подчиняется закону Ньютона о всемирном притяжении. Не все то золото, что блестит.— Золото является золотом среди металлических изделий, а уголь среди истопных. Нефть — тоже золото, только черное.

Однако нередко (при относительно меньшей выраженности шизофренического дефекта) больные, оперируя прежним жизненным опытом, дают правильное толкование пословиц. В этих случаях результативным является соотнесение пословиц с фразами. Наряду с правильными обнаруживаются ошибочные решения, часто по формально-лексическому сходству, например:

Не все то золото, что блестит.— Художник сделал статуэтку с позолоченной головой. Цыплят по осени считают.—Цыплята вырастают к осени.

Иногда отсутствует и формальное сходство между пословицей и фразой. Объяснение больными своего решения задания оказываются паралогическим, резонерским. Так, больной О. отнес к пословице «Плохую овцу из стада вон» фразу «Если сам отрезал неправильно, не следует винить ножницы». Мотивирует он это следующим образом: «Эти две фразы, характеризующиеся однотипностью отношения к объекту. Плохую овцу удаляют из стада. А если отрезал неправильно, то в досаде отбрасывают в сторону ножницы. Здесь однотипным является то, что объект, который удаляется, виноват».

Обычно соотношение пословиц и фраз позволяет выявить и разноплановость — к одной и той же пословице больные относят несколько фраз и ни одной из них не отдают предпочтения, каждый вариант решения они считают правильным.

В тех случаях, когда такие ошибочные суждения единичны, эпизодичны, можно говорить о соскальзываниях. Соскальзывания наблюдаются у больных шизофренией при их относительной сохранности. Б. В. Зейгарник (1962) относит соскальзывания к нарушениям логического хода мышления и характеризует их следующим образом: правильно решая какое-либо задание или адекватно рассуждая о каком-либо предмете, больные неожиданно сбиваются с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способны продолжать рассуждение последовательно, не исправляя допущенной ошибки.

Эти соскальзывания внешне напоминают наблюдающиеся при астенических состояниях явления непоследовательности суждений. Однако у больных шизофренией ошибочные суждения возникают вне связи с истощаемостью, они обусловлены своеобразным нарушением ассоциативного процесса, большей частью не корригируются исследующим. Даже при разъяснении обследуемому, как следовало бы выполнить задание, он по-прежнему отстаивает свое решение, приводя резонерские, паралогические мотивировки. Кроме того, у больных шизофренией не удается уловить определенной связи между степенью трудности задания и появлением ошибочных суждений.

Соскальзывания легче обнаруживаются при исследовании методиками, содержащими множество примерно одинаковых по трудности заданий (классификация, исключение, образование аналогий и т. д.). Так, правильно выполняя задания по методике исключения, обследуемый внезапно в одном из примеров объединяет катушку, трубку и наперсток и исключает ножницы («по продолговатости, по вытянутости трубки»). Последующие более трудные задания он выполняет правильно. Когда исследующий показывает ему правильное решение, обследуемый говорит, что можно это задание выполнить по-разному, и отстаивает свое ошибочное суждение. И при отнесении фраз к пословицам у больных шизофренией также нередко наблюдаются соскальзывания, примеры которых приводились выше.

Представляют интерес исследования перцепционной деятельности больных шизофренией.

Проведенные экспериментально-психологические исследования (Ю. Ф. Поляков, 1965: Ю. В. Иванников, 1965; И. Е. Богданов, 1965) показали, что при шизофрении обнаруживаются нарушения восприятия, проявляющиеся в своеобразных особенностях опознания зрительных образов в условиях неполной информации — рисунков с неполными контурами изображения, либо нечетких, расфокусированных при проекции на экран, изображений.

Мы совместно с Е. С. Вайнманом (1970) исследовали опознание зрительных образов больными шизофренией при другом построении опыта, когда задание с самого начала представляет обследуемому возможность выдвижения тех или иных гипотез, менее ограниченных заданными условиями, менее предопределенных уже имеющейся зрительной информацией. Такое построение эксперимента позволяет более полно проанализировать течение познавательных процессов во времени и их зависимость от логического строя и целенаправленности мышления.

В связи с этим была избрана предложенная А. М. Парачевым (1965), построенная по принципу игры «Морской бой» методика логического решения задачи опознавания цифр, при которой удается судить о последовательности рассуждений, о характере логической, операционной стороны мыслительных процессов при познавательной деятельности. Получены данные, свидетельствующие о наличии при шизофрении расстройств познавательной деятельности, характер и степень выраженности которых зависели от глубины психического дефекта, нарушений мотивационного компонента поисковой деятельности. Отмечались выраженные нарушения логического строя деятельности — необычные ходы объяснялись соображениями симметрии или чередовались в шахматном порядке. Достигнутый успех недостаточно учитывался в дальнейшей поисковой деятельности. Иногда отмечались нецелесообразные, нецеленаправленные ходы даже тогда, когда была уже известна большая часть искомой цифры. Немотивированные ходы носили характер соскальзывания на более низкий уровень выполнения задания. Выдвигались лишенные реальных оснований гипотезы. В отдельных фрагментах цифр улавливались сугубо формальные особенности. Например, увидев в найденном им фрагменте цифры 5 сходство с бумерангом, больной надолго отвлекался от выполнения задания и рассуждал о происхождении бумеранга и о вероятной возможности его обнаружения в таблице.

Отношение больных к опыту свидетельствует об определенном эмоциональном снижении. Отсутствуют соответствие между количеством полученной информации и положительными эмоциональными реакциями, а также отрицательные эмоциональные реакции на стадии опыта, характеризующейся увеличением количества возможных гипотез. У части больных в процессе опыта все же отмечалось некоторое эмоциональное оживление за счет «игровых» эмоций.

Рассуждения больных в процессе опыта носят характер резонерских, отличаются многословием, отсутствием содержания, отрывом от реальной ситуации. Часто больные в своих рассуждениях привлекают категории высшей математики, философские, хотя выполнение задания этого не требует.

Полученные данные демонстрируют наблюдающиеся у больных шизофренией расстройства такой стороны познавательной деятельности, как логический ход анализа и оценки информативности стимулов при опознавании зрительных образов. Причем эти расстройства тесно связаны с характерными для больных шизофренией нарушениями мышления и аффективно-личностными нарушениями.

Для диагностики шизофрении важно исследование эмоциональных проявлений обследуемого. Характеристика эмоциональной сферы больных в клинике обычно является результатом субъективной оценки врачом поведения больного и его взаимоотношений с окружающей средой. В связи с этим понятно значение возможности объективно регистрировать в патопсихологическом эксперименте эмоциональные расстройства у психически больных, в первую очередь у больных шизофренией. Особенно трудно бывает оценить эмоциональность

больных с еще не сформировавшимся грубым эмоциональным дефектом, при нерезко выраженных явлениях эмоционального уплощения («неопределенный тип аффекта», по Я. П. Фрумкину и И. Я. Завиляяскому, 1970).

Впечатление об эмоциональных особенностях обследуемого складывается в процессе самого экспериментально-психологического исследования, даже без применения специальных методик. При этом учитывается характер установления контакта с обследуемым, его отношение к ситуации исследования, интерес к оценке исследующим его решения. Больные шизофренией часто безразлично относятся к патопсихологическому исследованию, замечание исследующего о неправ.ильности избранного модуса решения заданий не влияет на дальнейшую деятельность больного. Эмоциональные расстройства, наряду с искажением процесса обобщения, играют определенную роль в том, что ошибочные суждения больных шизофренией в эксперименте не корригируются.

В диагностике шизофрении психиатры большое значение придают отношению больного к болезни, его личностной позиции в этом плане. Выяснению отношения к болезни в значительной мере способствует исследование самооценки по методике Т. Дембо и С. Я. Рубинштейн. Для больных шизофренией характерно определение своего места по шкале здоровья у ее полюсов. Обычно — это полюс абсолютного здоровья, и в беседе больные мотивируют такое свое решение тем, что считают себя здоровыми психически и физически. «Я совершенно здоров,— говорит больной Я.,—а в больнице я нахожусь из-за мамы. Вот ее и спрашивайте о ее здоровье. Очевидно, она-то и больна». Иногда самооценка относится к противоположному полюсу, например при ипохондрической форме шизофрении и при некоторых вариантах бреда физического воздействия, протекающего с сенестопатиями. Здесь самооценка мотивируется болезненными представлениями о своем физическом здоровье. Однако особенности самооценки определяются не только доминирующим психопатологическим синдромом, но и стадией его развития. Так, на начальном этапе ипохондрического симптомообразования, когда испытываемые больным телесные ощущения особенно для него актуальны, это приводит к признанию себя соматически больным. При значительной давности течения процесса, когда оенестопатически-ипохондрические ощущения сменяются ипохондрически-бредовыми трактовками и теряют свою аффективную значимость, мы встречаемся и с самооценкой другого рода. Например, больной О. мотивирует свое решение при исследовании самооценки следующим образом: «Я здоров. В свое время состояние моего здоровья определяла флотская комиссия. Я был значкистом ГТО. Так что в отношении духовно-физического состояния здоровья я не считаю себя больным. Правда, у меня легкие поражены туберкулезом и сгнили, но это условно. Здоровье человека — это его история».

Наблюдается и размещение отметки самооценки в других точках шкалы, обозначающее некую «компромиссную» позицию больного. Так, больной П., располагает отметку между полюсом и серединой шкалы и мотивирует это следующим образом: «Мнение врачей и мое о моем состоянии расходятся. Возможно, моя нервная система и подвергалась заболеванию в прошлом. Ведь со мной работала кибернетическая машина, а это не всегда проходит гладко— не все выдерживают. Поэтому и отбирают для работы с кибернетической машиной людей с наиболее устойчивой нервной системой. Та.к вот, с точки зрения врачей, это, возможно, и считается болезнью, но я придерживаюсь другого мнения, я совершенно здоров». Таким образом, и в этом случае мы имеем дело с кажущейся «компромиссностью» личностной позиции больного и отсутствием у него сознания болезни.

В определенной степени об аффективно-личностных нарушениях можно судить по результатам методик, направленных на изучение характера ассоциаций. При этом больше данных удается получить при пользовании методиками, менее жестко определяющими решение задания, т. е. содержащими элементы проективности (словесный эксперимент, пиктограммы). Как правило, набор слав-раздражителей для этого должен включать слова, насыщенные

эмоциональным содержанием (печаль, счастье, страх, любовь и т. д.). Особенно показательны в этом аспекте результаты обследований больных шизофренией методикой пиктограмм. Избираемые больными для опосредованного запоминания образы оказываются лишенными эмоционального содержания, а их связь со словом-раздражителем мотивируется больными по-резонерски, с учетом не столько существенных, сколько «слабых» признаков. Примером этого могут служить следующие пиктограммы: к слову «печаль» — развернутая книга («в книге Рокуэлла Канта есть печаль, сомнения, мировая скорбь»), к слову «героический поступок»— стрела («я думаю о войнах древности»), «счастье»—две параллельные вертикальные линии («счастье может быть полным только вдвоем»), «дружба»—папиросы («есть такие папиросы «Дружба»), «сомнение» — часы с одной стрелкой («сомневаюсь в их правильности»). Обнаружение таких пиктограмм позволяет прийти к заключению о наличии эмоциональных изменений иногда даже в тех случаях, когда при обычном клиническом исследовании их трудно уловить.

При обследовании больных шизофренией по методу Роршаха (Л. Ф. Бурлачук, 1979) отмечается их своеобразно обобщающий подход к интерпретации слабоструктурированного материала. При этом наблюдается значительное уменьшение количества «стандартных» форм, объясняемое тяготением этих больных к созданию неадекватного целого, к «необычному» обобщению. Примеры таких ответов: «какой-то сплав» (табл. 1)', «собачье мясо» (табл. 1). Коррелятом этих особенностей в мышлении можно считать искажение процесса обобщения.

Фактически отсутствуют кинестетические интерпретации, их количество даже меньше, чем у больных эпилепсией.

Проявлением выраженных эмоциональных изменений, эмоциональной тупости в эксперименте является отсутствие каких-либо цветовых интерпретаций.

Нередки абсурдные ответы типа «похоже на чужую собственность» (табл. VII). В интерпретациях больных шизофренией встречались неологизмы, в некоторых случаях интерпретация относилась больным к себе, например: «это человек, у него почки на месте, где у меня желудок» (табл. III). Нередки интерпретации «растительного» содержания, когда больной интерпретирует изображение как какое-либо растение: «цветок, который я выращиваю» (табл. VIII).

При исследовании по методу Вартегга (А. Т. Чередниченко, 1975) у больных шизофренией обнаруживалось недостаточно аффективно-адекватное отношение к ситуации исследования. Нередко больные принимались рисовать, не дослушав инструкцию, либо игнорировали ее. Рисунки носили фрагментарный, нередко символический характер. Отмечалась диспропорциональность отдельных деталей рисунка. У некоторых больных рисунки никак не соотносились со знак.ом-образцом. При этом отмечались стереотипии (при выраженном психическом дефекте). Интерпретация рисунков носит формально-резонерский характер. Так, больной К. почти без связи с заданными знаками рисует неправильный четырехугольник. Этот рисунок он называет «Пища богов».

Часто в квадратах бланка у больных шизофренией встречаются обусловленные их бредовыми переживаниями надписи, содержащие неологизмы, бессмысленные аббревиатуры.

Нередко больные продуцируют плоские, совершенно лишенные объемности, неоконченные изображения. Такого рода незавершенный (по П. И. Карпову, 1926, «с невыясненной формой») рисунок представляет отдельные штрихи, линии, части геометрических фигур и т. д.

На рисунках апатичных больных линии едва заметны, рисунок получается бледным, невыразительным.

По данным Э. А. Вачнадзе (1972), больные шизофренией используют для своих рисунков в основном блеклые тона. При исследовании методом Вартегга больные пользовались цветными карандашами, однако раскрашивали изображенные на рисунке предметы часто неадекватно:

руку — в ярко-красный цвет, звезду—в черный и т. п. Так же, как и при исследовании по Роршаху, у больных шизофренией отмечалось значительное снижение частоты появления «стандартных» признаков.

Существенные результаты в исследовании личностно-аффективных особенностей больного обнаруживаются при предъявлении картинок, отличающихся сюжетной незавершенностью и большой эмоциональной насыщенностью. С этой целью могут быть использованы репродукции картин, специально подобранные фотографии, некоторые рисунки из набора ТАТ (далеко не все рисунки этой серии-обладают для обследуемых перечисленными выше свойствами). По наблюдениям Н. К. Киященко (1965), больные шизофренией при исследовании с помощью этих рисунков либо ограничиваются перечислением элементов рисунка, либо дают формально-абстрактную его характеристику, нередко оторванную от конкретного содержания. Как правило, отсутствует субъективное отношение к содержанию рисунка, стремление как-то интерпретировать его содержание, не выделяется эмоциональный подтекст.

В качестве примера приводим описание картины художника Маковского «Объяснение»:

Больной Н.: «Молодой человек пришел к девушке. Очевидно, какая-то сцена. По всей видимости, семейная драма или интрижка».

Больной П.: «Молодая чета в музее».

Такой же характер носят и описания больными шизофренией специальных рисунков серии ТАТ:

Больной Н.: «Женщина сидит, пассивно задумавшись» (табл. 8FG).

«Мальчик думает активно: он над скрипкой сидит» (табл. 1).

Больной Н.: «Рвение человека к свету из темной комнаты» (табл. 14). Больной В.: «Женщина сидит у окна» (табл. 8FG). «Ленивый парень.

Разве можно так с инструментом сидеть. Искусство нужно любить» (табл. 1).

Приведенные примеры не во всем однородны. Некоторые рассказы по рисункам лаконичны, выявляют присущий больным «оценочный» подход. Даже без просьбы исследующего больной как бы дает общую оценку показываемого рисунка, его рассказ сводится к резюмирующему впечатлению. В то же время больной В. дает несколько возможных версий развития сюжета по картине, каждая из них лишена эмоционального подтекста, позицию рассказчика можно охарактеризовать как созерцательную. Такой вариант ответа в методиках на исследование мышления свидетельствует о разноплановости его. Следует отметить, что и разноплановость мышления, по нашим наблюдениям, отмечается у больных шизофренией с выраженным эмоциональным дефектом.

В рассказах некоторых больных отмечается общая стереотипная установка при описании разных картинок, например, больной Н. все рисунки анализирует с точки зрения активности или пассивности изображенных на них персонажей.

Несколько отличаются результаты исследования методикой ТАТ больных шизофренией, осложненной алкоголизмом (В. М. Блейхер, Т. М. Красовицкая, 1980). Атипичность протекания шизофрении в этих случаях, по мнению большинства исследователей-клиницистов, заключается в меньшей выраженности личностного ущерба, в относительной сохранности эмоциональной сферы. У больных шизофренией, осложненной алкоголизмом, рудиментарны такие основные шизофренические симптомы, как аутизм и эмоциональная тупость, нередко у них проявляется своеобразная синтонность, относительно сохранна практическая приспособляемость. Эти клинические особенности были подтверждены экспериментальными данными. При исследовании методикой ТАТ у этих больных отмечалась известная эмоциональная сохранность, у них не наблюдались характерные для больных шизофренией с такой же давностью заболевания, но без алкогольной патопластики, лаконично-формальные «застывшие» сентенции. В то же время в рассказах по рисункам ТАТ проецировались болезненные

переживания больных, особенно бредового характера. Так, по таблице, на которой изображены двое сосредоточенных мужчин — пожилой и молодой, больной составляет рассказ, лейтмотивом которого является тема заговора. В рассказах находило отражение отношение к ним больного— беспечно-эйфоричное или, наоборот, брюзгливо-недовольное. Отдельные суждения больных носили характер резонерских, однако в целом определение рисунка через краткую резонерски-формальную сентенцию не наблюдалось. Лексика обследуемых включала характерные для страдающих алкоголизмом колоритные жаргонные слова, что иногда придавало рассказу налет алкогольного юмора. Таким образом, исследование обнаруживало своеобразный сложный «сплав» личностных свойств, присущих как шизофрении, так и алкоголизму, при известном смягчении первых.

Т. Н. Бояршинова (1975) обнаружила при исследовании методом ТАТ у больных вялотекущей шизофренией своеобразное «убывание формальности» в сюжетах рассказов по мере течения заболевания: от совершенно конкретного рассказа — к шаблонной стандартной последовательности определенных действий и далее к лишенному причинно-следственных связей рассказу.

Эмоциональное снижение у больных шизофренией обнаруживается и при предъявлении им юмористических рисунков. Чувство юмора является одной из наиболее сложных, обобщенных форм эмоциональных проявлений, выявляющих личностные свойства человека, его отношение к ситуации (С. Л. Рубинштейн, 1940, 1976). Нарушения чувства юмора у больных шизофренией связываются со своеобразным расщеплением интеллекта и эмоций (А. С. Познанский, В. В. Дезорцев, 1970).

Наиболее рано нарушается юмористическое отношение к жизненным ситуациям, не являющимся, по С. Л. Рубинштейну, «претенциозно-юмористическими». В известной мере это связано с недостаточной самокритичностью и проявлениями аутизма. Относительно длительное время более сохранным оказывается восприятие-явно юмористической продукции, например карикатур.

Нарушения чувства юмора при шизофрении достаточно разнообразны. В ряде случаев они носят парциальный характер—отдельные юмористические рисунки интерпретируются правильно, тогда как другие воспринимаются формально, поверхностно. При значительной выраженности психического дефекта расстройства чувства юмора носят более общий характер. Однако и в этих случаях больные по стилевым особенностям рисунка могут правильно определить его жанр, но они не улавливают комизм ситуации. Исходя из определения жанра рисунка и пытаясь его интерпретировать как юмористический, больные нередко в качестве комических воспринимают детали и элементы сюжета, в действительности индифферентные в этом плане.

Особые затруднения у больных шизофренией вызывают серии рисунков, для правильного развития сюжета в которых требуется известная ретроспекция, перекомпановка отдельных фрагментов в соответствии с цельностью сюжета, что может быть объяснено изменением мотивационного аспекта процесса восприятия. Восприятие лишается своей целенаправленности.

В описаниях юмористических рисунков часто выявляются те же особенности, что и при построении сюжета по рисункам ТАТ: формально-оценочный подход, резонерски комментирующий характер суждений, иногда — разноплановость мышления. Их проявлению способствует стимуляция исследующим позиции личностного смысла в деятельности больного.

Приводим характерное описание больным шизофренией серии, юмористических рисунков Бидструпа, в которой изображается уснувший под деревом и хохочущий во сне человек, а впоследствии выясняется, что причиной этого была корова, лизавшая его пятки и щекотавшая его:

«Ха-ха-ха! Корова лижет самодовольному мужчине Какой-то неизвестный мужчина подошел к дереву, разделся, повесил и лег отдыхать. Раззявил рот и приятно зевает. А затем он

задремал. Улыбается, а вот уже с сарказмом, иронично. Глупо улыбается, в состояние блаженства и ему корова лижет пятку. Это ирония над образом жизни бездельников».

Эту же серию рисунков описывает другой больной:

«Какой-то незнакомый мне человек решил отдохнуть. Вот и лег он под деревом, на лоне природы. Ему приснился смешной сон, разные комичные вещи, очевидно, он видел. Вот и смеялся поэтому. Вдруг он почувствовал, что что-то мешает ему спать. Проснулся и видит, что это корова подошла. Подошла и лижет пятку. Это его и разбудило. Хочешь отдохнуть и выспаться—посмотри сначала, где ты лег отдыхать».

В ряде случаев больной относительно правильно улавливает развитие сюжета в серии юмористических рисунков, но на вопрос исследующего — какой смысл вложен в этот рассказ — можно услышать резонерски-формальные ответы: «Если уж пасешь коров, то не спи в рабочее время»; «Собрался на охоту, выспись заранее». Другой больной, уловив сюжет рассказа в этой серии рисунков, нивелирует его эмоциональный подтекст общим контекстом рассказа:

«Загорать пришел человек и решил заодно отдохнуть, поспать. Уснул. Во сне ему что-то почувствовалось приятное. Затем — все сильнее. Проснулся я оказалось, что корова лижет ему пятки. Видимо, это был хозяин пасущегося рядом стада коров».

Изменение личностной позиции у больных шизофренией обнаруживается и при исследовании уровня притязаний—деятельность их характеризуется безразличным отношением к результатам, к положительной или отрицательной оценке исследующим выполнения задания. В выборе больными последующих заданий мало отражаются результаты предыдущего этапа. Эти же особенности вообще характеризуют деятельность больных шизофренией в ситуации патопсихологического исследования. Ценные данные для характеристики личностных особенностей больных шизофренией дает методика ММР1. Шизофренический бред не имеет эквивалента в данных проводимого с помощью методик типа функциональных проб патопсихологического исследования. Наш опыт свидетельствует о том, что при психологическом исследовании у больных параноидной шизофренией обнаруживаются лишь характерные для шизофрении вообще расстройства мышления и аффективно-личностной сферы. Выявление в ассоциативном эксперименте неиндифферентных, аффективно-значимых и отражающих бредовые переживания больного слов-раздражителей не может считаться достаточно надежным критерием. Исключение составляют данные, полученные с помощью опросника MMPI. Профиль личности при параноидной шизофрении характеризуется повышением показателей по шкалам 8, 6 и 4.

Используя в диагностике шизофрении психологические личностные опросники типа MMPI, следует помнить, что получаемые с их помощью данные нельзя рассматривать самостоятельно, без их соотнесения с результатами, полученными при патопсихологическом исследовании методиками типа функциональных проб. Это убедительно показано исследованиями А. А. Гоштаутаса (1972), изучавшего применение личностных опросников в диагностике параноидной шизофрении и отметившего, что показатели по шкалам играют важную роль в обобщенных оценках групп больных, но они потенциально недостаточны для целей индивидуальной нозологической психодиагностики.

Опросник MMPI может быть полезен и для выявления диссимуляции бреда. Для таких больных характерно следующее: усредненный профиль выше средне-статистической нормы (70 Т-баллов) по шкалам 6 и 8 и снижен по шкалам 1,9 и 0. Представляют интерес обнаруживаемые при анализе профиля явления личностной дисгармонии — из данных опросника вытекает парадоксальное сочетание отгороженности со склонностью к установлению широких социальных контактов («аутизм наизнанку»).

Наши наблюдения показывают, что диссимуляция бреда может проявляться в профиле личности по MMPI и иначе, в зависимости от степени выраженности дефекта и в известной мере от ситуационных установок.

Приводим собственное наблюдение.

Больной Р. Не работает 4 года, хотя к врачам не обращался и пенсии не оформил. Без специальной подготовки усиленно занимается изысканиями в области математики и философии. Мать заставил уйти к брату на другую квартиру, но живет на ее иждивении. Поступил в больницу, так как требовал от милиции принять меры к живущим выше соседям, которые якобы в определенном ритме стучат в его потолок, чтобы «вывести из равновесия его эмоциональную систему», Профиль личности (рис. 17) характеризуется сочетанием снижения показателей по шкалам 8 и 0 (отрицание аутистических установок) с явным стремлением к диссимуляции по оценочным шкалам (F—К= —23). Подъем по шкале 4 может рассматриваться как тенденция представить явное бредово-аутистическое поведение в качестве психопатического.

В некоторых случаях при обследованиях больных с диссимуляцией бреда отмечается значительное количество утверждений, оставленных ими вовсе без оценки. Учет этих, вызывающих у больного опасения разоблачения, утверждений дает совершенно другую кривую профиля личности (J. Bartoszewski, К. Godarowski, 1969).

Патопсихологическое исследование с помощью методик типа функциональных проб выявляет у больных шизофренией негативные расстройства мышления, что играет особенно важную роль для диагностики шизофренического процесса. Они обязательны для шизофрении, а выявление их одним лишь клиническим методом затруднено, особенно на ранней стадии заболевания и при формах, протекающих без продуктивной симптоматики.

В настоящее время концепция якобы характерного для шизофрении снижения мышления с абстрактного на конкретный уровень и возникающего в связи с этим познавательного дефицита (К. Goldstein, 1939, 1941, 1942, 1946) не поддерживается большинством психиатров и психологов. Полученные К. Goldstein данные трактуются не как результат затруднений в формировании понятий, а как следствие присущих больным шизофрении необычных, нестандартных суждений. Более популярна концепция, рассматривающая расстройства мышления при шизофрении как результат нарушения селективности, избирательности информации (N. Cameron, 1938;. L. J. Chapman, 1961; R. W. Payne, 1959, и др.). Нарушения селективности информации в мышлении больных шизофренией связываются с расширением круга признаков предметов и явлений, привлекаемых для решения мыслительных задач. Больные шизофренией в качестве актуальных используют критерии, не имеющие реальной значимости. Выделение в процессе мышления необычных признаков предметов и явлений и игнорирование их конкретных признаков рассматривается как чрезмерная гиперассоциативность «смысловой свободы».

Наиболее широкое распространение для обозначения психологической природы мышления больных шизофренией приобрело понятие «overinculusion» (сверхобобщение, сверхвключение), которое характеризуется (N. Cameron, 1938) как невозможность для больного удержаться в определенных заданных смысловых границах, как результат расширений условий мыслительной задачи.

Полученные в рамках этой концепции данные подтверждаются многочисленными исследованиями, в том числе и нашими (В. М. Блейхер, 1976, 1983), однако, как заметил Ю. Ф. Поляков (1974), гипотеза о нарушении избирательности информации в связи с недостаточностью фильтрации, расширения в процессе мышления смысловых границ является лишь констатацией полученных фактов по чисто внешней характеристике, без достаточного объяснения их природы. Нарушения селективности информации при шизофреническом мышлении рассматриваются Ю. Ф. Поляковым как результат нарушений актуализации прошлого опыта.

Представляет интерес сравнение данных, получаемых при исследовании больных шизофренией с помощью методик классификации и исключения. Обе эти методики в серии опытов, проводимых Ю. Ф. Поляковым и соавторами, были отнесены к методикам, в которых

максимально используется прошлый опыт. Как нам представляется, нет экспериментально-психологических методик, которые не опирались бы на прошлый жизненный опыт, различаются же они главным образом степенью вербализации, абстрактности, большей или меньшей предопределенностью модуса деятельности обследуемого инструкцией экспериментатора, длительностью деятельности в условиях проблемной ситуации — является ли она принятием разового суждения или носит характер последовательных, взаимосвязанных суждений, вытекающих одно из другого.

Методики исключения и классификации при обследовании больных начальной шизофренией дают различные результаты, причем разница эта явно зависит от различия в степени детерминированности решения задания его условием, большей или меньшей определенности инструкции, объема и длительности мыслительной деятельности. Предметный вариант методики классификации допускает значительно большее количество возможных решений, процесс выдвигания тех или иных решений и их коррекции более длителен, инструкция к ней отличается меньшей определенностью, чем в предметном варианте методики исключения.

Результаты патопсихологического исследования мы сопоставляли с клинической квалификацией обследованных больных шизофрении.

Наибольшее количество ошибочных решений заданий по шизофреническому типу (искажение обобщения, соскальзывания, разноплановость, одновременное сосуществование различных уровней обобщения и использование различных параметров критериев, согласно которым строятся суждения), в начальной стадии заболевания отмечалось при исследовании по методике классификации, тогда как задания на исключение эти больные выполняли большей частью правильно. При выраженном шизофреническом дефекте результативность использования обеих методик для обнаружения шизофренических расстройств мышления как бы уравнивалась. Это позволяет говорить о различной валидности указанных методик в начальной стадии шизофрении.

Таким образом, валидность той или иной методики для определенного психического заболевания, ее диагностическая значимость не могут характеризоваться без учета стадии его течения. Уравнивание валидности обеих методик при наличии существенного эмоционально-волевого дефекта дает основания для трактовки наблюдавшихся нами явлений как результата изменений в эмоционально-волевой сфере больных шизофренией, в первую очередь в связи с нарушениями мотивации.

Роль мотивации в осуществлении мыслительной деятельности общеизвестна. Л. С. Выготский (1934) писал о том, что за мыслью стоит аффективная и волевая тенденция. Он говорил о мотивационной сфере нашего сознания, которая охватывает влечения, интересы, побуждения, аффекты и эмоции.

В выполнении экспериментально-психологического задания в известной мере условно можно видеть проявления внешней и внутренней мотивации. Внешняя мотивация, влияющая на деятельность обследуемого, в значительной мере связана с характером поставленной перед ним задачи и четкостью инструкции, которые существенно предопределяют результаты выполнения задания. Внутренняя мотивация больше отражает аффективно-личностные свойства обследуемого и может рассматриваться как результат опосредования ряда внешних условий, мотивов в онто- и филогенезе.

Применяя диалектико-материалистическую концепцию детерминизма к анализу психических явлений, С. Л. Рубинштейн (1957) указывал, что внешние причины действуют через внутренние условия, которые сами формируются в результате внешних воздействий. Внутренняя мотивация в норме и патологии характеризуется неразрывным единством побудительной и смыслообразующих функций в психической деятельности человека, служит их

отражением.

Сравнение результатов, полученных с помощью методик классификации и исключения у больных с разной степенью выраженности психического дефекта, т. е. различающихся по степени углубления редукции энергетического потенциала, показывает, что в условиях выполнения задания по методике классификации понятий роль внешней мотивации значительно меньше, чем .внутренней. Деятельность больного меньше детерминируется инструкцией исследующего, чем при исследовании методикой исключения. Кроме того, при классификации он встречается со значительно большим, чем при исключении, объемом информации. При четкой предопределенности условиями эксперимента деятельности больного исследующий в какой-то мере компенсирует недостаточность внутренней мотивации. Этим и объясняется относительно лучший результат при исследовании методикой исключения больных с нерезко выраженным личностным дефектом и значительно более легкое выявление у них расстройств мышления с помощью методики классификации. С прогрессированием амотивационных изменений инструкция исследующего уже не может выполнять прежнюю роль корректора мыслительной деятельности больного, что и находит свое отражение в уравнивании диагностической значимости обеих методик.

В известной мере это обстоятельство сближает описываемую особенность диагностической валидности методик классификации и исключения с принципом проективного подхода к исследованию личностных свойств, так как речь здесь идет об использовании неоднозначной мотивации при отсутствии строго извне определенной детерминированности деятельности. Проективность психологического метода исследования понимается как результат опосредования через внутренние условия и включения в образ внешнего мира установок, тенденций личности и мотиваций, входящих в число «внутренних условий» (В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук, 1978). О правомерности такого понимания фактора проективности и его роли в степени валидности некоторых патопсихологических методик при шизофрении свидетельствует и то, что личностно-аффективные особенности больных шизофренией значительно легче обнаруживаются с помощью проективных по своему характеру рисунков типа ТАТ, чем при предъявлении больному достаточно завершенных сюжетно и однозначно понимаемых рисунков.

Сказанное выше дает основания для определения расстройств мышления при шизофрении в общем клинико-психологическом аспекте как синдрома амотивационного мышления. О. Mailer (1978) в клинике шизофрении выделяет амотивационный синдром, которому отводит центральное место в развитии патологического процесса, подчеркивая его генетическую обусловленность и зависимость от функционирования ретикулярной формации и гипоталамуса. Амотивационный синдром, по О. Mailer, включает нарушения побуждений, мотивации.

Амотивационное мышление — проявление в мыслительной деятельности больных шизофренией более общих патогенетических механизмов (редукция энергетического потенциала, амотивационный синдром). Отражая сущность шизофрении как процессуального заболевания, амотивационное мышление также характеризуется процессуальной прогредиентностью, приводящей в конце концов к глубокому исходному состоянию, распаду мышления. В чистом виде амотивационное мышление наиболее четко представлено при простой форме шизофрении и является негативным, непродуктивным психическим расстройством, однако снижение уровня мотивации никогда не идет только путем количественного убывания функции. При этом наблюдаются дисгармонии личности, которые и обусловливают наличие таких выделенных клиницистами вариантов мышления, как аутистическое, резонерское, символическое, паралогическое.

Определение шизофренического мышления как амотивационного вовсе не умаляет роли нарушений селективности информации в механизмах его протекания. Частным вариантом такой информации является и измененная актуализация прошлого опыта. Можно думать, что механизмы амотивации и нарушения селективности информации тесно взаимосвязаны.

Первичную роль здесь играет механизм снижения уровня мотивации, нарушение избирательности информации является его производным. О. К. Тихомиров (1969) прослеживает этот процесс, который может быть представлен тремя звеньями.

Первое звено — нарушения мотивационной сферы. Они неизбежно приводят к нарушениям личностного смысла. Личностный смысл — это то, что создает в норме пристрастность человеческого сознания и придает определенную значимость явлениям, изменяет в восприятии человека сущность, значение этих явлений (А. Н. Леонтьев, 1975). Выбор значимых для человека признаков, предметов и явлений, т. е. селективность информации, определяется личностным смыслом, который эти предметы или явления приобретают для того или иного индивидуума. У больных шизофренией личностный смысл предметов и явлений часто не совпадает с общепринятыми и обусловленными реальной ситуацией знаниями человека о них. Таким образом, нарушения личностного смысла при шизофрении, при которых уравниваются стандартные и нестандартные информативные признаки или даже последним отдается предпочтение, являются вторым звеном психологического механизма расстройств мышления. Они неизбежно ведут к возникновению третьего звена — собственно нарушений селективности информации. Можно думать, что такое трехзвеньевое, или трехфакторное, представление о структуре шизофренического мышления является наиболее полным и соответствует клинико-психологическим наблюдениям.

Нарушения мотивации, личностного смысла и селективности информации лежат в основе определенных клинических проявлений. С этим механизмом, по крайней мере с двумя первыми его звеньями, связаны нарастающее эмоциональное снижение и изменения мышления диссоц.иативного типа. Можно предполагать, что в зависимости от того, какое звено больше пострадало, в клинической картине шизофрении наблюдается большая выраженность того или иного типа расстройства мышления. Например, с изменениями мотивации преимущественно связана апатическая редукция мышления. Преобладающая выраженность нарушений личностного смысла связана с расстройствами мышления, в основе которых лежит изменение личностной позиции больного (аутистическое и резонерское мышление). В связи с нарушениями селективности информации отмечается паралогическое и символическое мышление, а в тех случаях, когда можно думать о дополнительном участии фактора кататонически измененной психомоторики, мы наблюдаем разорванность мышления и шизофазию. Такое разделение в известной мере условно, схематично, но точно так же нередко в клинической практике психиатры испытывают затруднения в однозначном определении синдрома расстройств мышления и пользуются такими определениями, как паралогически-символическое, аутистически-резо-нерское мышление и т. п.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) — эндогенное психическое заболевание, протекающее в виде аффективных фаз, разделенных светлыми промежутками. Диагностика МДП определяется характером фаз — их аффективным знаком, степенью выраженности, типом чередования, наличием смешанных состояний и атипичных фаз, продолжительностью интермиссий. Психологическая диагностика при МДП в первую очередь сводится к характеристике изменений познавательной деятельности в эмоциональных расстройств в периоды фаз. В связи с этим психологу важно знать клинические особенности фаз.

Наиболее полная и четкая типология фаз МДП, основанная на выделении клинических критериев, разработана Т. Ф. Пападопулосом (1970, 1983). Типы фаз отражают как степень выраженности аффективности, так и развитие симптоматики.

Циклотимическая депрессия (субдепрессия) отличается преобладанием явлений «субъективного» неблагополучия, дискомфорта измененного самоощущения. Это самая легкая

степень гипотимии. Больные сохраняют прежний модус жизнедеятельности, уменьшающейся в объеме и продуктивности. Здесь особую роль приобретают личностные реакции на заболевание, что иногда приводит к суицидальным тенденциям при внешне весьма неглубокой депрессии.

При утяжелении гипотимии наблюдается синдром простой циркулярной депрессии, при которой депрессивные идеи не выходят за рамки сверхценного симптомообразования. Эти идеи доступны коррекции или, по крайней мере, у больного удается вызвать сомнение в их правильности. Нередки суицидальные мысли. При простой и циклотимической депрессии очень часто наблюдаются суточные колебания настроения — утром настроение хуже, а к вечеру улучшается.

Более тяжелым вариантом циркулярной депрессии является меланхолическая парафрения, наблюдающаяся главным образом в позднем возрасте и характеризующаяся фантастичностью депрессивных бредовых идей (самообвинения, греховности, самоуничижения, ипохондрических). Иногда наблюдаются нигилистический бред и бред громадности.

Следующая степень депрессии — бредовая депрессия. Здесь депрессивные идеи носят характер бредовых, в их свете больным производится переоценка своей биографии. Характерно ожидание неминуемой кары за свои вымышленные или ретроспективно усиленные провинности.

Типология маниакальных состояний, по Т. Ф. Пападопулосу (1983), включает циклотимическую гипоманию, протекающую субклинически и характеризующуюся повышением психического и физического тонуса, хорошим настроением, усиленным стремлением к деятельности; простую манию, при которой все признаки гиперти-мии и связанные с ними особенности познавательной деятельности, самооценки, модуса поведения приобретают клинически отчетливый характер; психотическую манию, протекающую с выраженным эмоциональным и идеаторным возбуждением, скачкой идей; вариант развернутой психотической мании, идущей с образованием идей величия, которые, несмотря на всю их фантастичность и нелепость, остаются все же сверхценными и не достигают степени развития настоящего бреда, когда болезненные утверждения стабильны, непоколебимы (В. А. Гиляровский, 1938).

Циркулярные фазы характеризуются симптоматикой, отражающей изменения эмоциональной сферы, мышления и психомоторики.

При маниакальных состояниях в патопсихологическом исследовании мы обнаруживаем проявления ускоренного (лабильного) мышления. На первый плйн выступают нарушения динамики мыслительных процессов при отсутствии снижения уровня обобщения и отвлечения. В то же время мышление таких больных малопродуктивно в связи с присущей им поверхностностью суждений, учитывающих далеко не всю совокупность признаков обсуждаемого предмета' или явления и протекающих с пропусками промежуточных звеньев рассуждений. Несмотря на наличие осевой цели в рассуждениях больного, постоянно возникают посторонние, побочные ассоциации, весьма относительно, отвлеченно связанные с мыслительной задачей. Иногда в мышлении больного одновременно сосуществуют несколько осевых целей, и тогда можно установить отсутствие связи между отдельными суждениями и общей задачей.

Уменьшение продуктивности мыслительной деятельности при мании соответствует степени выраженности фазы. При легких циклотимических гипоманиях мы иногда даже наблюдаем некоторое повышение продуктивности при выполнении ряда заданий. Так, в пробе на запоминание наблюдаемая нами больная повторила все 10 слов после первого прочтения, установив между ними смысловые связи, связав их в единый рассказ, что обычно недоступно здоровым обследуемым. Чем больше выражена мания, тем ниже продуктивность мыслительной деятельности. Продуктивность мышления крайне низка при наличии скачки идей и особенно при таком варианте последней, как вихревая спутанность.

В значительной мере непродуктивность мышления связана с психологическим дефицитом,

который образуется в связи с недостаточностью предпосылок интеллекта, в первую очередь активного внимания и психомоторной активности. Это относится не только к маниакальным, но и к депрессивным состояниям. Однако, как показали исследования Л. В. Калягиной (1972), проведенные с помощью корректурной пробы, у больных в маниакальном состоянии внимание снижено больше, чем при депрессии.

Нарушения внимания при маниакальных состояниях в первую очередь характеризуются его неустойчивостью. При патопсихологическом исследовании это проявляется в увеличении затрачиваемого больным на выполнение задания времени к концу исследования в таких методиках, как корректурная проба, счетные таблицы Крепелина, поиск чисел в таблицах Шульте. Часто при этом мы наблюдаем и увеличение количества ошибок, особенно при беспечном отношении обследуемого к ситуации исследования и завышенном уровне притязаний. Недостаточность внимания проявляется также в ошибках, свидетельствующих о нарушении дифференцировочного торможения,— в корректурной пробе зачеркиваются другие буквы, иногда похожие на заданные инструкцией, иногда — расположенные по соседству с ними.

Сочетание неустойчивого внимания, облегченного образования ассоциаций, ускоренного течения мыслей приводит к своеобразным изменениям речи больного — отдельные высказывания не связаны какой-либо общей идеей, характерны случайные ассоциации, нередко по созвучию. Объектом рассуждений становится любой предмет, на который больной обратил внимание. При значительном ускорении мышления говорят о скачке идей — мысли так быстро сменяют одна другую, что со стороны это воспринимается как непрерывный словесный поток. В то же время при скачке идей в отличие от шизофренической разорванности нетрудно все же уловить известную последовательность мыслей, хотя и редуцированных, не доведенных до конца, и их, хотя и весьма поверхностную, взаимосвязь. Лишь в случаях крайне резкого ускорения мышления перестают улавливаться переходы между отдельными мыслями. В этих случаях говорят о маниакальной (вихревой) спутанности. Ускоренное мышление в силу своей неустойчивости может характеризоваться утратой объекта рассуждения.

Речь при скачке идей отражает хаотичность и повышенную изменчивость целенаправленности мыслительных процессов, высокую отвлекаемость больного. При ускоренном мышлении больные не останавливаются на отдельных идеях, их суждения поспешны, непродуманны, односторонни, поверхностны. Ускоренное мышление в целом носит характер поверхностного, непоследовательного, лабильного.

При патопсихологическом исследовании такие непродуманные, поспешные суждения легко корригируются при указании больному на допущенную им ошибку. Исключение составляют случаи гневливой мании, когда больные резко отрицательно воспринимают любую попытку вмешательства в их рассуждения.

Впечатление об ускорении течения психических процессов при объективном обследовании больных в маниакальном состоянии оказывается внешним. Так, скорость сенсомоторных реакций и латентный период между произнесением слова-раздражителя и ответной реакцией в эксперименте у них часто не ускорены. Наоборот, эпизодически наблюдается ухудшение этих показателей в связи с неустойчивостью внимания. Ускорение мышления — это скорее впечатление, возникающее в связи с легкостью возникновения ассоциации и лабильностью суждений, быстрой сменой мыслей.

Наличие ускоренного мышления у больного значительно затрудняет патопсихологическое исследование. Это в первую очередь относится к дифференциальной диагностике между циркулярными маниями и маниоформными состояниями при шизоаффективном течении шизофрении. Ускорение мышления в таких случаях маскирует типичные для шизофрении расстройства мышления, соскальзывания, разорванность. Лишь когда сходят на нет маниакально-подобные проявления, отчетливо проступают расстройства мышления

шизофренического характера. Об этом надо помнить и не спешить с диагностическим суждением в случаях, когда в клинической картине одновременно отмечаются признаки ускорения мышления и шизофренические симптомы.

В психологической диагностике маниакальных состояний важную роль могут сыграть данные, полученные по методике MMPI. Профиль личности маниакальных больных характеризуется подъемом по шкале 9, сопровождающимся снижением на шкале 2 и особенно на шкале 0 (рис. 19). Данные ММР1 характеризуют только наличие маниакального синдрома, но не дают никаких указаний на его нозологическую принадлежность.

В депрессивной фазе МДП, наряду с гипотимией и замедлением психомоторики, отмечается замедленное (заторможенное) мышление. При этом замедлен темп течения мыслительных процессов, уменьшены объем и количество идей. Больные говорят о субъективном чувстве затруднения мышления, об ощущении своей интеллектуальной несостоятельности, жалуются, что у них «мало мыслей». Нередко по контрасту они переоценивают свое состояние до болезни или в светлом промежутке. Характерно существенное замедление темпа ассоциаций, отчетливо проявляющееся увеличением латентного периода словесных реакций в ассоциативном эксперименте. Замедленное мышление отличается уменьшением количества представлений, оно малоподвижно, инертно. Затруднен переход от одной мысли к другой. Это приводит как бы к застреванию на мысли, моноидеизму. В своих рассуждениях больной медлителен, испытывает затруднения в формировании словесного отчета о ходе мыслей. Страдает также направленность мышления — больные жалуются на невозможность закончить процесс размышления, говорят, что им трудно довести свои рассуждения до конца.

Представление больного о цели мыслительной деятельности не страдает, но формируется оно значительно медленнее, чем у здорового человека. Даже осознав цель мышления и не обнаруживая снижения интеллекта, больной ее либо вовсе не достигает, либо достигает частично и с большим трудом. Замедление мышления одинаково сказывается в затруднениях как формирования цели мыслительной деятельности, так и в достижении этой цели, т. е. в результативности мыслительной деятельности.

Замедление мышления при патопсихологическом исследовании выражается в увеличении времени, затрачиваемого на каждое задание, в трудности перехода обследуемого от одного задания к другому. Больному трудно сосредоточиться на выполняемом задании. Обладая совершенно сохранным уровнем обобщения и отвлечения, он тем не менее с трудом усваивает инструкцию по выполнению задания, особенно в тех случаях, когда экспериментальная задача отличается значительным объемом и в ее течении модус деятельности обследуемого должен изменяться соответственно инструкции. Этому способствуют выраженные затруднения концентрации активного внимания, хотя при нерезко выраженной депрессии в ситуации исследования недостаточность активного внимания удается преодолеть, и по мере выполнения задания (таблицы Шульте, исследование работоспособности по Крепелину) наблюдаются некоторое улучшение результатов, явления запаздывающей врабатываемости.

Изучая психологический дефицит у больных МДП, заключающийся в недостаточности или утрате способности выполнять задания при исследовании интеллектуальных функций, хотя уровень последних не снижен, S. Stromgren (1977) установил, что запоминание и концентрация внимания соотносятся с такими психопатологическими проявлениями, как ажитация, заторможенность, степень выраженности гипотимии. J. Luczjnska и E. Kowalska (1978), исследуя у больных с депрессией память, способность к научению, внимание, перцепцию и психомоторную активность, установили, что результаты при депрессии достоверно хуже по сравнению с контрольной группой здоровых обследуемых, В процессе лечения при клинически обнаруживаемом улучшении состояния результаты также повышались. Авторы отметили, что результаты исследования к вечеру обычно лучше, чем утром. Следует, однако, помнить, что

последнее может быть обнаружено только при нерезко выраженных депрессиях, которым присущи суточные колебания настроения.

Большинство исследований для определения степени депрессии используют разные шкалы депрессии, основанные на оценке или самооценке. Оценочные шкалы депрессии не являются психологическими методиками, речь идет о клинически подбираемом и группируемом по соответствующим разделам наборе симптомов, которые характеризуют типичные для депрессий изменения психики, вегетативной нервной системы, соматические проявления.

На основе самооценки построены шкалы депрессии, используемые сами по себе или в структуре многофакторных опросников. К первым относится шкала депрессии Т. Ташева (1970), включающая 50 утверждений. По ответам обследуемого создается определенный набор симптомов, в анализе которого переходят к синдромальной оценке: различаются эмоциональный, волевой, вегетативный, интеллектуально-мыслительный синдромы. Сравнение показателей по разным синдромам, по данным Т. Ташева (1979), дает своеобразный профиль личности — депрессиограмму. Автор пишет об известной специфике депрессиограмм, обусловленной этиопатогенегическими моментами. Методика эта представляет определенный интерес, однако у нас она не была адаптирована и апробирована и поэтому мы не располагаем собственным опытом ее применения.

Наиболее распространенной является психологическая диагностика депрессивной фазы с помощью ММР1. Усредненный профиль личности больных с депрессией характеризуется (Ф. П. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец, 1976) максимальным повышением на шкале 2 и умеренным повышением на шкале 1 при втором подъеме на шкалах 7 и 8. Профиль личности резко снижается на шкале 9 и несколько повышается на шкале 0.

Профиль личности при циркулярной депрессии приобретает отличительные свойства в зависимости от особенностей депрессивного синдрома. Так, по данным И. И. Кутько (1984), при тоскливой депрессии характерен код профиля 2 7 8, при тревожной — 271, при астенической (апатической) —721с более низким расположением, чем при первых двух вариантах.

Методика ММР1 может оказаться полезной для диагностики в случаях нетипичного течения МДП. Приводим два интересных в этом отношении наблюдения.

У больной Л. в течение 6 лет наблюдалось 4 приступа МДП. Клиническая картина каждый раз характеризовалась сочетанием двигательно-речевого возбуждения с депрессивным настроением и тревогой. Отмечается типичное для мании ускоренное мышление, однако содержание мыслительной деятельности носит депрессивный характер. Больная озабочена тем, что она должна уйти на пенсию и понести материальный ущерб. Когда врач спрашивает ее о причинах такого решения, больная мотивирует его в плане идей самообвинения (сколько из-за нее могут страдать выполняющие ее обязанности сотрудники?). Каждый раз такое смешанное состояние перед выходом из фазы сменяется чистой депрессией. На высоте депрессивного возбуждения проведено психологическое обследование больной. При этом обнаружены признаки выраженной лабильности мышления, вплоть до скачки идей, сочетающиеся с депрессивной самооценкой по методике Дембо — Рубинштейн и типично депрессивным профилем личности по ММР1. Таким образом, речь в данном случае идет об атипичном течении МДП, при котором клиническая картина фаз соответствует синдрому депрессивного возбуждения по E. Kraepelin (1913).

Больной М. длительное время безуспешно лечился по поводу неврастении. При патопсихологическом исследовании совершенно отсутствовали признаки истощаемости, отмечалась несколько запаздывающая врабатываемость в методиках, направленных на определение работоспособности, активное внимание плохо концентрировалось. По ММР1 — депрессивный профиль личности с относительно невысоким подъемом по шкале 2. Установлен диагноз циклотимии (астеническая циклотимическая депрессия, по Ю. В. Каннабиху, 1941). Таким образом, речь шла об одном из вариантов маскированной депрессии. Лечение

антидепрессаптамн дало положительный результат.

При исследовании по шкале Спилбергера мы обнаруживали у больных МДП в депрессивной фазе высокие показатели личностной тревожности и особенно реактивной тревоги. У большинства больных показатель тревоги значительно превышал 46 баллов. При этом мы не видели существенной разницы между больными, у которых циркулярная депрессия выявлена в молодом и зрелом возрасте, и больными, у которых депрессия впервые возникла в пожилом возрасте. Это обстоятельство говорит о том, что обнаружения в клинической картине тревоги явно недостаточно для разграничения депрессий в различные возрастные периоды. Следует согласиться с мнением Ю. Л. Нуллера (1981) о том, что тревога присуща любой депрессии и зависит от степени гипотимии.

Как уже отмечалось, представление об эмоциональном состоянии больного дает исследование самооценки по методике Дембо — Рубинштейн. При этом депрессия может быть обнаружена по косвенным проявлениям, опосредованно, например при оценке больным себя по шкалам семейного благополучия, служебных достижений, Обсуждение с больным мотивов, определивших его самооценку по этим шкалам, способствует выявлению гипотимии, идей виновности, самоуничижения. При этом важную роль играет не столько отметка, сделанная больным по той или иной шкале, сколько ее объяснение.

Определенное значение для психологической диагностики аффективного состояния у больных МДП имеет метод субъективного восприятия цвета. Об этом свидетельствует исследование М.. Э. Барзман, Э. Т. Дорофеевой и Б. Р. Калнина (1967), установивших существенные различия цветовой чувствительности при полярных аффективных нарушениях у больных МДП. Перспективным в этом направлении может оказаться и исследование эмоциональной сферы личности тестом Люшера. По данным E. Cohen и L. Hunter (1978), тест Люшера выявляет глубину депрессии. Предпочтение желтому цвету соответствовало высокому уровню депрессии. Авторы ставят вопрос о возможности выделения в соответствии с результатами исследования подгрупп больных с депрессией, которые могут по-разному реагировать на антидепрессанты.

При исследовании методом ТАТ у части больных с депрессией мы наблюдали проекцию собственных переживаний на сюжет рассказа, наделение депрессивным аффектом некоторых его персонажей. В этих случаях отмечалась известная иррадиация депрессивных переживаний, они обнаруживались в таблицах, которые по перечню диагностически значимых сюжетов P. Rapoport и L. Bellak (цит. по Е. Т. Соколовой, 1980) обычно не выявляют состояние депрессии. При этом иногда проявлялись и суицидальные мысли больных, которые они утаивали от окружающих.

Так, по табл. 14 (силуэт на фоне ярко освещенного окна) больная Ю. вместо составления рассказа лаконично говорит: «Сколько она могла мучиться?». Больная Н. по поводу табл. 13 (мужчина стоит, закрыв лицо руками, за ним видна лежащая в постели женщина): «Все уже позади. Не следует ему горевать. Она иначе не могла поступить, а ему себя винить не в чем. Он и так настрадался».

Нами был клинически выделен симптом, нередко наблюдающийся у больных с депрессией. Сущность его заключается в том, что не только себя, но и некоторых окружающих, особенно из числа родственников и близких людей, больной воспринимает как страдальцев, достойных сочувствия и жалости. Этот симптом может быть обозначен как симптом проекции депрессии. Он наблюдается при самых различных степенях депрессии — от легкой, циклотимической, до более тяжелой, параноидной. Больным, страдающим циклотимической депрессией, нередко жаль окружающих их людей: «Они сами не видят своей безысходности, убожества и беспросветности своего существования». В случаях более глубокой депрессии такая проекция может явиться одним из психологических факторов, способствующих расширенным суицидам. В соответствии с этим можно говорить о депрессиях «альтруистических», для

которых симптом проекции депрессии характерен, и «эгоистических», при которых окружающие воспринимаются больным в качестве людей чрезмерно благополучных, что по контрасту способствует усилению у больного переживаний с депрессивной окраской. Можно думать о взаимосвязи определяемого клинически симптома проекции депрессии и проекции депрессивных переживаний, обнаруживаемой с помощью ТАТ в эксперименте.

ЭПИЛЕПСИЯ

При патопсихологическом обследовании больных эпилепсией обнаруживаются характерные изменения мышления, речи, памяти, личностные особенности.

Существенно изменяется темп психических процессов, наряду с явлениями общей брадикинезии, у большинства больных эпилепсией они в различной степени замедлены. Показательно в этом отношении исследование таблицами Шульте. Тогда как здоровые люди затрачивают в среднем на поиск чисел в одной таблице 40— 50 с, у больных эпилепсией поиск чисел в таблице длится от 0,5 до 2,5 мин и более. При этом, как правило, не обнаруживается, как у больных церебральным атеросклерозом, увеличения затрачиваемого на каждую последующую таблицу времени.

Наши исследования не подтверждают данных А. И. Болдырева (1971), наблюдавшего у больных эпилепсией клинически и в психологическом эксперименте астенические проявления в 43% случаев. У больных истинной эпилепсией астенические состояния представляют крайнюю редкость и могут быть обнаружены лишь при наличии интеркуррентной соматической патологии, приводящей к астенизации. Приведенные А. И. Болдыревым результаты исследований могут быть объяснены расширенной диагностикой эпилепсии, что подтверждается сообщаемыми им сведениями о роли в этиологии эпилепсии, протекающей с астеническими состояниями, таких факторов, как ревматизм, арахноидит и менингоэнцефалит, грипп, черепно-мозговая травма.

Уже в начальной стадии эпилепсии отмечаются изменения подвижности психических процессов. Явления инертности психической деятельности обнаруживаются даже при наличии в анамнезе у больных с начальными проявлениями эпилепсии единичных судорожных припадков при отсутствии еще заметных признаков интел-лектуально-мнестического снижения. В связи с этим могут представить интерес данные К. Leonhard (1976), находившего такие же особенности психомоторики у эпилептоидов и акцентуированных личностей возбудимого типа.

Нарушения подвижности психических процессов легко обнаруживаются в пробе на переключение. Так, при попеременном прибавлении к заданному числу двух других отмечаются ошибки чередования. Последние обнаруживаются и при попеременном назывании к заданным словам антонимов и синонимов.

Характерны в этом отношении результаты исследования методикой попеременного называния пар одушевленных и неодушевленных предметов. У больных эпилепсией обнаруживаются ограничение называемых предметов рамками одного понятия (называются одни лишь домашние животные в качестве одушевленных либо мебель и окружающая обстановка в качестве неодушевленных), частое повторение одних и тех же слов, иногда (чаще в начале задания) — неправильное чередование пар слов.

При выраженном эпилептическом слабоумии и олигофазии больные нередко прибегают к называнию собственных имен близких им людей.

Явления инертности отмечаются и при произвольном назывании 50 слов. На выполнение этого задания уходит от 6—7 до 14 мин. Многократно повторяются одни и те же слова. Психически здоровые обычно называют слова смысловыми гнездами, состоящими из 5—6 слов, близкими по родовой принадлежности, например, «автомобиль, поезд, самолет, пароход». После такого смыслового гнезда может следовать другое: «море, река, озеро» и т. д. У больных

эпилепсией эти смысловые гнезда состоят из значительно большего числа слов. Это обстоятельство делает понятным, почему больные эпилепсией затрачивают на произвольное называние слов много времени, в силу инертности продолжают искать нужное слово, а не переходят к словам, принадлежащим к другому смысловому гнезду.

Обнаруживаемая при обследовании больных эпилепсией инертность протекания ассоциативных процессов характеризует их мышление как тугоподвижное, вязкое. Эти особенности отмечаются и в произвольной речи больных: они «топчутся» на месте, не могут отвлечься от второстепенных, мало существенных деталей. Но при этом цель высказывания больным не теряется.

Инертность, вязкость мышления больных эпилепсией отчетливо выступает в словесном эксперименте. Об этом свидетельствует увеличение латентного периода, частые эхолалические реакции, однообразное повторение одних и тех же ответов. Часто на слова-раздражители больные отвечают стереотипными рядами слов либо называют слова из своего профессионального обихода, иногда в качестве ответной реакции подбираются прилагательные, обозначающие цвет данного предмета. Иногда ответные слова относятся к предыдущим словам-раздражителям («запаздывающие» речевые реакции).

Нередко характер ответных реакций у больных эпилепсией свидетельствует о затруднениях деавтоматизации на уровне второй сигнальной системы. Так, больной X. с самого начала эксперимента избрал путь ответов речевыми реакциями противоположного значения. Однако, столкнувшись со словами-раздражителями, к которым трудно подобрать антонимы, больной обнаружил выраженное увеличение латентного периода, ухудшение качества, ответных реакций, преобладание среди них эхолалических.

Такие же особенности обнаруживают больные эпилепсией при исследовании методикой подбора слов-антонимов, являющейся вариантом словесного эксперимента. Здесь сам исследующий инструкцией предопределяет характер ответных реакций. Оскудение словарного запаса часто приводит к тому, что больные прибегают к образованию антонима путем прибавления к заданному слову частицы «не». В обоих вариантах словесного эксперимента отмечается зависимость между характером слова-раздражителя и величиной латентного периода. Испытываемые больным затруднения-в подыскании нужного слова-антонима увеличиваются при предъявлении им слов абстрактного значения.

Часто в словесном эксперименте встречаются ответные реакции—штампы (например: яблоко—груша, птица—курица). При выраженном слабоумии ответные реакции стереотипны, однообразны — на все слова-раздражители больной может отвечать 2—3 словами («хороший» или «плохой», «знаю» или «не знаю»). Нередко словесные реакции отражают отношение больного к предметам, обозначенным словами-раздражителями, например: город—люблю; булка — вкусная и т. п. Эти особенности ассоциаций отражают изменения личности больных, присущий больным эпилепсией эгоцентризм. Аналогично объясняется обнаруживаемое у больных эпилепсией при исследовании методикой синтезирования ситуации по опорным словам (И. *Я.* Завилянский, Р. Е. Таращанская, 1959) включение себя в ситуацию.

Такого рода включение себя в описываемую ситуацию рассматривается как признак преобладания конкретных представлений в мышлении больных эпилепсией, недостаточности в осмыслении условного характера задания, как проявление эгоцентрических тенденций. Аналогичное включение себя в ситуацию наблюдается и в пиктограммах больных эпилепсией (Л. В. Бондарева, С. В. Лон-гинова, С. Я. Рубинштейн, 1972), что также связывается с присущим этим больным эгоцентризмом.

Уже в обычной беседе больные эпилепсией обнаруживают склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации. Еще больше эти особенности эпилептического мышления выступают при описании больными сложного рисунка или при пересказе текста. При этом больные подмечают совершенно несущественные детали, фиксируют на них свое внимание.

Нередко, описав таким образом рисунок, больной все же не может уловить его содержание. Особенно выражена склонность к детализации при исследовании методикой установления последовательности событий по серии рисунков. В этих случаях больные (речь идет о больных с выраженным эпилептическим слабоумием) весьма детально, со множеством несущественных подроб.ностей, описывают каждый рисунок, но сопоставить их не могут, так как затрудняются в дифференцировке существенных и второстепенных признаков. Так, больной П. при исследовано этой методикой описывает каждую картинку в том порядке, как она лежала:

Это мальчик на дереве. А под деревом собаки или волки. Сколько их? Один, два, три. Он испугал.ся, видно, так как не может сойти с дерева, хотя под деревом лежит его сумка. Она раскрылась и из нее высыпались книги и тетрадки. Этот мальчик школьного возраста. А шарфик у него свисает почти до самой земли, вернее снега. Это зима — снег всюду, беленький. Волки могут стащить его за шарфик. А на этой картинке тоже какой-то мальчик идет через лес. Тут тоже зима. Видите—снежок беленький. Он даже не в лесу, а на опушке. И сумку несет. Од тоже школьного возраста. Вот только трудно сказать — утро или вечер. Скорее всего утро, так как школьники обычно утром идут в школу, вечером дома готовят уроки. А на этой картинке двое взрослых и ребенок. Один взрослый держит ребенка на руках, подсаживает его на дерево, а другой — держит ружье, как будто целится» и т. д.

Затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений характеризуют наблюдающиеся при эпилепсии снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. При исследовании методикой исключения больные крайне обстоятельно характеризуют каждый из четырех изображенных на рисунке предметов и либо не находят между ними отличия, либо заявляют, что все эти предметы ничего общего между собой не имеют. Так, больные приходят к выводу, что шкаф, кровать, этажерка и комод являются мебелью, и не могут найти отличительного признака, позволяющего объединить виды мебели, служащие для хранения каких-либо предметов. Разглядывая картинку с изображением очков, часов, весов и термометра, больной дает им крайне Детальную характеристику и утверждает, что не видит между ними ничего общего.

Больные эпилепсией производят классификацию по конкретно-ситуационному признаку. При этом можно услышать такие рассуждения: «морковь, лук, помидор — это я всегда в борщ кладу»; «врач, ребенок, термометр — все это в больнице, и уборщица в больнице нужна» и т. п. Характерно образование в процессе классификации нескольких мелких, близких по содержанию, групп, например, выделяется посуда металлическая и стеклянная, обувь и головные уборы образуют отдельные группы и не объединяются с одеждой.

При исследовании по методике складывания картинок из отрезков деятельность больных определяется, по выражению А. Н. Берн-штейна (1920), непланомерным синтезом. Больные выполняют задание методом проб и ошибок. Выбирается обычно более крупный отрезок и к нему поочередно прикладываются все другие. Причем больные чаще руководствуются не представлением о целостном рисунке, а краями, формой и цветом отдельных отрезков. Вся эта работа выполняется с присущей больным эпилепсией педантичностью, тщательно, скрупулезно. Убедившись в неправильности соединения двух отрезков, больной откладывает один из них и примеряет следующий.

Часто наблюдающиеся у больных эпилепсией пустые рассуждения создают картину своеобразного резонерства, отличающегося от резонерства при других заболеваниях, в первую очередь от шизофренического. Резонерство больных эпилепсией носит характер компенсаторных рассуждений. Его особенности проявляются в поучительном, типа сентенций, тоне высказываний, отражающих некоторую патетичность и переоценку собственного жизненного опыта, в то время как эти высказывания носят характер неглубоких, поверхностных,

бедных по содержанию суждений, содержат шаблонные, банальные ассоциации. Их резонерские рассуждения всегда приурочены к конкретной ситуации, от которой больному трудно отвлечься.

Существенный отпечаток на резонерство при шизофрении и эпилепсии накладывается характерными для этих заболеваний особенностями эмоционально-личностных компонентов мышления. У резонерствующих больных эпилепсией в эксперименте отмечаются снижение уровня обобщения и отвлечения, узость диапазона мышления, эгоцентрические тенденции при бедности словарного запаса. Последнее обстоятельство также придает своеобразный колорит эпилептическому резонерству, в котором сочетаются поучительность суждений с олигофазией. Если при шизофрении в резонерстве выявляется актуализация слабых признаков, своеобразное нарушение ассоциативных процессов, разрушение формирующихся в процессе жизни психических стереотипов, то при эпилепсии речь идет об инертности мышления, актуализации малосущественных признаков, о выявлении непреодолимых шаблонов в мышлении.

Поводом для выявления эпилептического резонерства могут явиться самые разнообразные ситуации, создаваемые в ходе эксперимента. Нередко мы наблюдали тенденции к резонерству при предъявлении больным эпилепсией юмористических рисунков. При этом выявлялось не только характерное для эпилептического слабоумия непонимание юмора, но и интерпретация сюжета рисунка с привлечением собственного жизненного опыта и своих сложившихся непреодолимо-инертных представлений в плане обсуждаемых вопросов. Следует указать, что непонимание юмора больными эпилепсией в психологическом эксперименте было установлено (1909), использовавшим для этого разработанный им метод каламбуров. Он нашел, что чувство юмора у больных эпилепсией тем больше страдает, чем раньше началось заболевание и чем хуже была успеваемость больного в школе. Исследование чувства юмора у этих больных предпринималось R. Ganter в целях определения интеллектуального уровня. Точка зрения автора относительно того, что причиной непонимания юмора больными эпилепсией является прогрессирующее слабоумие, подтверждается А. С. Познанским и В. В. Дезорцевым (1970), установившими, что при эпилепсии затухание эмоционального компонента юмора не играет существенной роли. Непонимание юмора больными эпилепсией авторы связывают с тугодумием, склонностью к резонерству, затруднениями в выделении существенного и тенденцией к детализации.

У больных эпилепсией и перцептивная деятельность в известной мере связана с особенностями течения мыслительных процессов. Об этом свидетельствуют результаты, полученные нами при обследовании больных эпилепсией методикой логического решения задачи опознания цифр. Отмечен явный пераллелизм между результатами выполнения больными эпилепсией задачи опознания зрительного образа и степенью интеллектуального дефекта.

Характерны наблюдающиеся у больных эпилепсией расстройства речи — замедление ее темпа, употребление уменьшительных слов и речевых штампов, олигофазии. Олигофазия, как писал А. Н. Бернштейн (1912),—основное и наиболее характерное речевое расстройство у больных эпилепсией. Различают острую после-припадочную и постоянную (общую прогрессирующую по Я- П. Фрумкину, 1939) олигофазию.

Непосредственно после припадка при наличии расстроенного сознания у больных обнаруживается асимболия — нарушена способность узнавать предмет и его назначение. По мере восстановления сознания асимболия исчезает, указывал А. Н. Бернштейн, и проявляется амнестико-афатический комплекс (острая послеприпадочная олигофазия). Олигофазия проявляется в том, что больные узнают показываемый им предмет и обнаруживают знание его свойств и назначения, но назвать предмет не могут. Патофизиологически острая послеприпадочная олигофазия изучена М. И. Серединой (1952), установившей своеобразную постепенность восстановления корковых связей между сигнальными системами после судорожного припадка. Вначале высвобождаются из-под торможения связи между

речевоспринимающей областью и двигательным (кинестетическим) анализатором. В связи с этим больной может правильно выполнять двигательные задания. Затем восстанавливаются связи между зрительным и речедвигательным анализаторами — больной может правильно называть предметы. В последнюю очередь восстанавливаются связи между слухоречевым и речедвигательным анализаторами, лишь тогда больные уже могут правильно отвечать на вопросы.

Затруднения называния предметов в послеприпадочный период неоднородны: более знакомые, обыденные предметы больные называют раньше, чем менее знакомые по прежнему жизненному опыту.

Олигофазия встречается не только непосредственно после припадка, при длительном течении заболевания она обнаруживается и в межприпадочные периоды. В этих случаях говорят о постоянной, или общей, прогрессирующей олигофазии, являющейся отражением эпилептического слабоумия.

Указанные два вида олигофазии тесно связаны между собой — постоянная олигофазия клинически сходна с послеприпадочной. В обоих случаях отмечаются затруднение называния показываемых предметов или их изображений, явления амнестической афазии. Больные, испытывающие трудности при подыскании нужного слова, легче находят его, если им предъявляется фраза, в которой это слово исследующим специально пропускается. Так, больной при показе авторучки говорит: «Это... это... для того, чтобы писать». Услышав же фразу: «Ученик набрал чернила в... и начал писать диктант», больной легче вспоминает необходимое слово.

В то же время при общей прогрессирующей олигофазии обнаруживаются признаки, отличающие ее от эпизодической олигофазии. Если в послеприпадочном 'состоянии при начальных проявлениях заболевания подсказка первых звуков или слогов значительно облегчает задачу больного, то по мере углубления эпилептического слабоумия отмечается прогрессирование испытываемых больным затруднений при назывании слов и уменьшение эффективности подсказки. Длительно болеющим часто не помогает подсказывание почти всех, кроме последнего, слогов слова. По мере течения болезни уменьшается и активность поисков больными нужного слова и, возможно, в связи с этим отмечается относительная редкость вербальных парафазии. Это также отличает общую прогрессирующую олигофазию от истинной амнестической афазии, для которой характерны вербальные парафазии.

При назывании устанавливается определенная роль знакомства больного с теми или иными предметами, энграмирование их в жизненном опыте больного. Как правило, затруднения больных относятся к называнию предметов, с которыми им реже приходилось встречаться. Значительно легче называются часто употребляемые больными в прошлом предметы. Исследование методикой называния предметов или их изображений направлено, как известно, на изучение номинативной функции речи и показывает, что называние (А. Р. Лурия, 1962) всегда является функцией классификации — обобщения. Вначале, на первом этапе, эта функция осуществляется в общей смысловой сфере, обобщающей сумму названий и свойств. Впоследствии из этого комплекса выделяется соответствующее название предмета. Показателем служит определенный параллелизм между качеством называния предмета и сохранностью уровня процессов обобщения и отвлечения у больных эпилепсией. Чем ниже уровень процессов обобщения и отвлечения, тем больше затруднений испытывают больные при назывании предметов. Это также соответствует клиническим представлениям о связи между эпилептическим слабоумием и постоянной олигофазией. Существуют и косвенные признаки связи между нарушениями номинативной функции речи у больных эпилепсией и недостаточностью классификации, обобщения. Так, обрисовка свойств предмета, назвать который больной затрудняется, является в определенной степени компенсаторным механизмом, активирующим резервные возможности процессов обобщения и отвлечения. В построении

перифразы, описывающей особенности предмета, привлекаются родовые представления, связанные с пониманием назначения группы предметов, которая включает и показываемый больному предмет. Как правило, чем больше выражено слабоумие, тем реже в речи больных встречаются такие перифразы, тем меньше компенсируется дефект функции называния.

Таким образом, из сказанного видно, что общая прогрессирующая олигофазия является более сложным, по сравнению с после-припадочной олигофазией, симптомокомплексом. В происхождении общей прогрессирующей олигофазии играет роль сочетание двух факторов — амнестически-афатических проявлений и эпилептического слабоумия.

Проведенные нами исследования речи больных эпилепсией показали, что определенную роль в выявлении олигофазни играет степень конкретности раздражителей речевого анализатора, направленность речевых реакций. В связи с этим использовалась серия методик, отличающихся различной выраженностью этих свойств (называние изображенных на рисунке предметов, подбор слов противоположного значения, попеременное называние пар одушевленных и неодушевленных предметов, произвольное называние 50 слов). Было установлено, что общая прогрессирующая олигофазия больше выражена при неконкретных, менее направленных раздражителях речевой области.

В ряде случаев, где внешне олигофазию было трудно уловить, так как предметы и их изображения на рисунке назывались больными удовлетворительно, она четко выявлялась при подборе слов противоположного значения, в пробе на чередование и т. д. Поэтому для установления наличия или отсутствия общей прогрессирующей олигофазии недостаточно ограничиться показом больному предметов и просьбой назвать их. С этой целью необходимо произвести специальное патопсихологическое исследование с помощью упомянутой серии методик.

Течение эпилепсии сопровождается неуклонным ослаблением памяти. Вначале обнаруживается нарушение произвольной репродукции—концентрация внимания на воспроизведении в памяти какого-либо слова приводит к ухудшению способности репродукции. На последующих этапах обнаруживаются расстройства удержания и запоминания. Такая динамика расстройства памяти при эпилепсии отмечалась О. Витке (1939), Н. Шипковенским (1956). Аналогичная последовательность нарушений памяти характерна и для церебрального атеросклероза без грубоочаговой патологии. Это дает основание полагать, что ослабление произвольной репродукции с последующим ухудшением удержания и запоминания не является особенностью одного какого-либо определенного заболевания, а присуще болезням с медленно прогрессирующими мнести-ческими расстройствами.

Кривая запоминания у больных эпилепсией носит своеобразный характер. Количество воспроизводимых слов с каждым последующим повторением либо незначительно увеличивается, либо остается прежним. Не встречается, как при церебральном атеросклерозе, уменьшение количества слов, воспроизводимых при последующих повторениях. При более глубоких нарушениях памяти у больных эпилепсией кривая запоминания носит более пологий характер.

Представляет интерес определенное соответствие между выраженностью общей прогрессирующей олигофазии и глубиной расстройств памяти, их параллелизм. Чем меньше выражены у больных эпилепсией расстройства памяти, тем менее выражена и общая прогрессирующая олигофазия, и, наоборот, более глубоким расстройствам памяти соответствуют более выраженные олигофазические проявления.

Такой же параллелизм установлен нами совместно с Г. Л. Воронковым (1978) при сопоставлении у больных эпилепсией снижения памяти и уровня обобщения. Исследование памяти позволяет, таким образом, объективно судить о глубине психического дефекта. В связи с этим особенно показательно исследование памяти у больных эпилепсией психометрическими методами, для чего была использована шкала памяти Векслера. Больных эпилепсией в

соответствии с клиническими критериями и данными экспериментального определения уровня обобщения и отвлечения распределили на 3 группы. В 1-й группе были больные с легкой степенью психического дефекта, во 2-й — с умеренно выраженным психическим дефектом, а в 3-й — с глубокими интеллектуальными изменениями. Для сравнения, хотя стандартизация субтестов шкалы памяти делает это необязательным, была обследована контрольная группа здоровых лиц, не отмечающих ослабления памяти.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о соответствии ослабления памяти выраженности снижения уровня обобщения и отвлечения у больных эпилепсией. При наличии легкого психического дефекта ослабление памяти незначительно и по суммарным показателям не выходит за пределы нормы, однако следует учесть, что остается неизвестным преморбидный уровень мнестических процессов. У этих больных ослабление памяти значительно легче улавливается при качественном анализе результатов выполнения заданий по отдельным субтестам.

Первый субтест больные 1 -й и 2-й групп выполняли с хорошими показателями и лишь при наличии глубокого слабоумия результаты по нему значительно снижались. То же самое относится ко второму субтесту.

Очень показательными были данные по третьему субтесту. Уже при легком интеллектуально-мнестическом снижении результаты здесь составляли в пересчете по мнемограмме 2—6 баллов (при возможном максимуме в 9 баллов). У больных 2-й и 3-й групп отмечались особенно плохие результаты.

В четвертом субтесте обследуемые 1-й группы воспроизводили 10—17 смысловых единиц из 28 возможных, 2-й—5—13 смысловых единиц и 3-й — 0—6,5 смысловых единиц. При этом характерно застревание на отдельных деталях рассказа, без возможности уловить сюжет его в целом.

В пятом субтесте также отмечалось значительное снижение результатов по сравнению с обследуемыми контрольной группы.

Шестой субтест также обнаруживал ухудшение характеризующих визуальную репродукцию показателей у больных всех групп соответственно степени выраженности психического дефекта.

Представляют интерес данные по седьмому субтесту, свидетельствующие о длительной сохранности ассоциативной памяти при эпилепсии.

Можно выделить отдельные субтесты шкалы памяти, результаты выполнения которых позволяют судить о снижении памяти у больных эпилепсией уже на ранних этапах болезни. Раннее проявление недостаточности в этих субтестах обусловлено необходимостью деавтоматизации в ходе выполнения задания. В то же время обнаружение заметного нарушения в ассоциативном субтесте, особенно при воспроизведении «легких» ассоциаций, свидетельствует о глубоком слабоумии.

Выше сообщалось о том, что при исследовании у больных эпилепсией особенностей протекания процессов мышления мы отметили роль в них ряда присущих этому заболеванию личностных особенностей. Личностно-аффективные особенности больных эпилепсией исследуются и с помощью специальных методик.

У больных эпилепсией была обнаружена инертность уровня притязания (Б. И. Бежанишвили, 1967; Н. К. Калита, 1971; И. В. Борисов, 1971). Мы исследовали уровень притязаний у больных эпилепсией с помощью описанного выше варианта методики, позволяющего дать количественную оценку некоторых показателей. В соответствии с данными клинического наблюдения и обычного экспериментально-психологического исследования эти больные были распределены на 2 группы. Для больных 1-й группы характерны умеренные признаки эпилептического дефекта, у больных 2-й группы определялось выраженное интеллектуально-мнестическое снижение и соответственно грубые характерологические

изменения.

У обследуемых обеих групп отмечался как относительно высокий, так и сравнительно низкий уровень притязаний,— и исходный, и по суммарному показателю. Более существенно определение разницы между уровнем притязаний обследуемого и его уровнем достижения (величина целевого расхождения —по В. К. Гербачевскому). Величина целевого расхождения у обследуемых 1-й группы с умеренно выраженными клиническими чертами эпилептического дефекта составляла 7—18 баллов, тогда как у обследуемых 2-й группы при наличии выраженного эпилептического слабоумия этот показатель составлял 38—65 баллов. Эти данные позволяют судить об углубляющихся с течением эпилептического процесса нарушениях самооценки больных, проявляющихся в нарастании неадекватности уровня притязаний уровню реальных возможностей.

Характеризуя динамику выработки уровня притязаний у больных эпилепсией, также можно отметить существенную разницу результатов у больных, относящихся к этим 2 группам. Обследуемые 1-й группы обычно в своей деятельности руководствуются успехом или неудачей при выполнении предыдущего задания, учитывают «эффект переноса», который В. К. Горбачевский (1969) рассматривает как проявление склонности обследуемого отвечать на всю ситуацию в целом больше, чем на отдельные задания. Такая деятельность обследуемого в ситуации эксперимента также свидетельствует об отсутствии заметных нарушений самооценки. Отмеченное положение убедительно иллюстрируется показателями, определяющими тенденцию деятельности у больных 1-й группы. Так, средний показатель тенденции деятельности после успешного ответа в этой группе составляет от +0,89 до +5,9 балла, а после неудачного ответа—от—2,5 до—4,5 балла. Таким образом, наблюдалось после каждого успешного ответа небольшое повышение уровня притязания, а после каждой неудачи — заметное его снижение.

Совершенно иными оказались показатели тенденции деятельности у больных второй группы: у большинства из них после успешного хода показатель тенденции деятельности составлял от +1 до +4,3 балла, тогда как после неудачи он также оставался положительным (+0,55... +1 балл). Это свидетельство того, что большинство обследуемых 2-й группы после неудачи продолжали выбирать карточки возрастающей трудности. Такой типологический вариант уровня притязания может быть охарактеризован как ригидный и соответствует общим чертам психической деятельности больных эпилепсией. У 2 больных этой группы средний показатель тенденции деятельности после неуспешного хода все же шел с отрицательным знаком, хотя снижение уровня притязаний оказалось незначительным (—0,3... —0,4 балла). Однако и здесь реакция уровня притязания на неудачу была запоздалой («ступенчатый тип» уровня притязания, по В. К. Гербачевскому).

Частота ригидного типа уровня притязаний у больных с более выраженным дефектом психической деятельности — интеллектуально-мнестическим и личностным позволяет думать, что в формировании этого типа уровяя притязания у больных эпилепсией играют роль два фактора. С одной стороны, интеллектуальная недостаточность становится предпосылкой не совсем адекватной критической оценки обследуемым своих возможностей, с другой — характерологические изменения больных являются отражением инертной установки.

Относительно мало изучены в патопсихологическом аспекте эпилептические дисфории, что связано с недостаточной разработанностью методических приемов, позволяющих объективно регистрировать наличие эмоциональных изменений. Мы совместно с И. В. Борисовым (1969) -провели экспериментально-психологическое исследование эпилептических дисфории с помощью методик, направленных на выявление некоторых особенностей цветовосприятия. Полученные данные показали отсутствие существенной разницы в направленности субъективной оценки степени приятности всех' хроматических цветов у лиц контрольной группы и у больных эпилепсией вне дисфории.

При дисфориях с отрицательным аффективным тоном отмечается существенное

(статистически достоверное) снижение среднего условного показателя по всем хроматическим цветам. Особенно явственна эта разница в крайних участках спектра — в восприятии теплых (красного и оранжевого) и холодных (синего и фиолетового) цветов. В этих случаях показатель разницы оценки приятности цвета значительно возрастал (от 54,4 до 74,1).

Обнаружена также резкая разница в степени приятности большинства хроматических (кроме фиолетового) цветов при сравнении дисфории с различным аффективным радикалом. Особенно велика эта разница в восприятии красного (3 балла) и синего (2 балла) цветов.

По методике соотнесения цветов и оттенков 25 из 32 обследованных больных вне дисфории выполнили задание, тщательно подбирая цвета, а 7—допустили ошибки. При дисфории тщательный подбор цветов и оттенков производили 18 больных, а 14—допустили ошибки. Больные вне дисфории допустили 16 ошибок (13—в пределах одного цвета и 3—в пределах разных цветов). В состоянии дисфории было отмечено 23 ошибки в пределах одного цвета и 3—в пределах разных цветов.

Приведенные материалы свидетельствуют об определенной зависимости между особенностями цветовосприятия у больных эпилепсией и их эмоциональным состоянием. Прослеживается четкий параллелизм между субъективно личностно-обусловленными показателями цветовосприятия и клиническими синдромами расстройств настроения у таких больных.

Таким образом, представляется возможным в эксперименте получить объективное подтверждение наличия аффективных сдвигов у больных эпилепсией. В ряде случаев это обстоятельство может быть использовано в целях психиатрической экспертизы, так как обнаружение у обследуемого дисфории дополняет представления врача об особенностях течения заболевания.

При исследовании обнаруживающихся в перцептивной деятельности личностных особенностей больных эпилепсией прежде всего отмечается тенденция к интерпретациям пятен, в которых не учитывается все представленное обследуемому изоб.ражение (Л. Ф. Бурлачук, 1975, 1979). Как правило, больные для формирования образа избирают какую-либо деталь изображения. При этом наблюдается и своеобразное «застревание» на деталях. Часто такие интерпретации относятся к различным частям тела человека или животных. Например, больная Е. в процессе исследования дала 30 ответов такого типа, перечисляя «хвостик», «но'с», «рот», «глазик» и т.п. В то же время больные эпилепсией крайне редко дают ответы, связанные с видением целой человеческой фигуры.

Для больных эпилепсией характерен детализирующий тип восприятия, отражающий черты эпилептической психики в перцепции. Аналогами детализирующего типа восприятия в мышлении являются снижение уровня обобщения и вязкость. При обследовании больных эпилепсией с равной степенью выраженности психического дефекта заметен явный параллелизм между отмеченными особенностями в перцепции и мышлении.

С тенденцией к детализации у больных эпилепсией связано известное уменьшение количества «стандартных» интерпретаций, характерных для здоровых и отражающих присущие норме перцептивные стереотипы. Однако в отличие от больных шизофренией у »их затруднены актуализация и реализация прошлого опыта, а не расширен круг актуализируемых сведений и понятий.

С нарастанием слабоумия уменьшается и количество образов, характеризующихся динамичностью, снижается «показатель движения».

Таким образом, для эпилептического интеллектуального дефекта характерно сочетание таких признаков, как понижение количества стандартных интерпретаций, отсутствие кинестетических интерпретаций, снижение количества ответов с интерпретацией пятна как целого, бедность, стереотипность содержания.

С прогредиентностью заболевания связано и возрастание количества ответов по цвету. В создаваемых больными эпилепсией образах цвет доминирует над формой, при глубоком слабоумии весь ответ сводится к называнию цвета или перечислению нескольких цветов. Примеры таких ответов: «огонь», «кровь» (табл. II, III), «огни... красный, голубой, синий» (табл. X).

Метод Роршаха успешно использовался для установления связи между изменениями личности у больных эпилепсией и латерализацией эпилептогенного очага (И. И. Белая, 1978; И. И. Белая, В. А. Торба, 1978). При этом было установлено, что при левосторонней локализации очага для больных характерны психастеноподобные черты, выраженная ригидность психических процессов, эмоциональная скудность с торпидностью аффекта. При правосторонней локализации чаще отмечаются истериформные черты, ригидность психических процессов выражена меньше, типичны эмоциональная лабильность и повышенная внушаемость. Смешанные признаки определяются у больных с двусторонним поражением и при ведущей роли травмы в этиопатогенезе заболевания.

При исследовании методом Вартегга (А. Т. Чередниченко, 1975) больные эпилепсией чаще, чем больные шизофренией и здоровые, использовали цветные карандаши. В некоторых случаях преимущественное использование красного цвета было характерно для предприпадочного состояния обследуемых. Сам рисунок носил характер итеративно-детализирующего. Нередко во всем бланке отмечались явления персеверации. Уменьшение количества «стандартных» образов объяснялось бедностью рисунка, его редуцированностью, а не необычностью, «сверхвключением», как это имеет место при шизофрении.

Сравнительно мало при обследовании больных эпилепсией используется личностный опросник ММР1. М. К. Цауне, М. Я. Упениеце, Д. Х. Кредитор, Л. Н. Бакшт (1972) сообщают о результатах применения опросника ММР1 и одной из дополнительных шкал — шкалы эпилепсии Ричардса (1952). По шкале Ричардса были получены результаты, свидетельствующие о несущественных различиях между больными эпилепсией, здоровыми лицами и больными шизофренией, а колебания показателей в этих группах значительно перекрывали эти различия. При исследовании по опроснику ММР1 авторы получили у больных эпилепсией самые различные профили, не обнаруживающие какой-либо специфики, и на этом основания пришли к выводу о неприемлемости метода для дифференциальной диагностики.

Непригодность ММР1, взятого изолированно, для дифференциальной диагностики эпилепсии априорна и не требует доказательств, однако этот метод может дать интересные результаты, пригодные для индивидуально-личностной оценки больных.

По данным С. А. Громова и О. Н. Якуниной (1978), при исследовании больных эпилепсией с помощью опросника ММР1 отмечаются подъемы показателей как в невротических, так и в психотических шкалах, отражающие сложность личностных изменений. Более выраженные повышения профиля по шкалам 2, 8, 6, 4 и 7 авторы рассматривают как проявление широкого спектра изменений, связанных с общей торпидностью психических процессов, своеобразием восприятия и осознания окружающего мира, реакцией на заболевание. Эти данные, очевидно, получены авторами при анализе усредненных показателей, так как они отмечают, что при рассмотрении результатов обследования отдельных больных отмечаются стремление упорно добиваться «своих прав», тенденция представить себя в лучшем свете, высокий уровень социальной дезадаптации, элементы психопатоподобного поведения.

Обследование больных эпилепсией по методу ММР1 было проведено в нашей лаборатории. Обнаружено, что степень выраженности отклонений профиля личности от средних статистических данных коррелирует с давностью заболевания и его благоприятным или неблагоприятным течением.

При анализе оценочных шкал отмечались две тенденции. Одна из них характеризовалась значительным повышением показателя коррекции и свидетельствовала о стремлении больного

представить себя в наиболее благоприятном свете в соответствии с общепринятыми нормами поведения. Вторая тенденция проявлялась в значительном повышении показателя валидности, что при отсутствии психотического состояния и факторов острого эмоционального стресса давало основания думать о желании больного усилить внешнюю картину заболевания, чтобы добиться сочувствия, жалости окружающих; при этом нередко отмечалось повышение показателей по ряду клинических шкал, главным образом невротических и ипохондрии. Оба варианта соотношения шкал валидности и коррекции соответствуют основным типам отношения больных эпилепсией к 'своему заболеванию. Нередко у больных эпилепсией отмечалось и .значительное повышение показателя по шкале лжи. Высокий показатель по этой шкале отмечался у больных с большой давностью заболевания и неблагоприятным его течением при интеллектуальном снижении и частых дисфориях. При характерологических изменениях для больных эпилепсией наиболее характерно повышение показателя по шкале 6, свидетельствующее о ригидности аффекта. При выраженных дисфориях отмечался код профиля, характеризующийся пиками по шкалам 4 и 6 (рис. 23). Это свидетельствовало о склонности к дисфориям и асоциальным тенденциям (Ф. П. Березин, М. П. Мирошников, В. В. Рожанец, 1976). Для этих больных .характерны трудности социальной адаптации, известное пренебрежение морально-этическими и социальными нормами. При повышенной активности (присоединение повышенного показателя по шкале 9) такие больные нередко обнаруживают склонность к агрессивным поступкам. Код 68 (рис. 24) наблюдался у больных с дисфориями, повышенной раздражительностью, злопамятностью, ригидным мышлением (Л. Н. Собчик, 1971). Он был также типичен для случаев эпилепсии с хроническим бредообразованием.

Особенности личности больных эпилепсией мы изучали также с с помощью методики незаконченных предложений (И. В. Крук, 1977). Полученные при этом данные позволяют характеризовать .систему личностных отношений больных эпилепсией. На первый план выступало значительное преобладание словесных реакций типа импунитивных, отражающих тенденцию к нивелированию возможных конфликтных факторов. Например: «Если все против меня... я стараюсь, чтобы все было хорошо»: «Люди, с которыми я работаю... очень хорошие». Эти примеры свидетельствуют о выраженности у больных в ситуации исследования черт аффективной вязкости, умилительности. Иногда при изменении обстановки исследования, при внесении в нее фрустрирующих факторов выступал и другой компонент эпилептической аффективной пропорции — взрывчатость, злобность. Это особенно было заметно у больных с преобладанием в картине психического дефекта аффективных изменений. В ряде случаев в составленных больными фразах выявлялась агрессивность: «Если все против меня, то... я буду бороться и ни перед чем не остановлюсь».

В ответах больных часто обнаруживались тенденции, которые могут быть обозначены как чрезмерно альтруистические. Они соответствуют характерным для больных эпилепсией особенностям личности, которые в психиатрической литературе получили название «гиперсоциальности эпилептиков» (F, Mauz, 1937): «Я всегда хотел... жить и трудиться на благо коллектива»; «Моей самой большой ошибкой было... то, что я заболел; ведь я мог бы приносить, пользу людям».

Несмотря на внешне импунитивную окраску фраз, отмечалась значительно гипертрофированная актуальность для больных вопросов, связанных с заболеванием. Отношение к болезни проявлялось такого рода иррадиацией фраз: в плане отношения к болезни больными рассматривались фразы, обычно воспринимаемые в связи с чувством сознания вины, страха, отражающие взаимоотношения в коллективе, отношение к прошлому и т. д.: «Когда меня нет, мои друзья... нет друзей у больного человека»; «Когда-то я.... был такой, как все, у меня не было припадков»; «Самое худшее,, что мне случилось совершить, это... заболеть».

Анализ полученных данных в соответствии со степенью выраженности психического дефекта у обследованных больных позволяет говорить о характерных для этого заболевания

прогрессирующих нарушениях самооценки. По мере углубления психического дефекта нарастают явления недостаточной критичности к себе, недооценка неблагоприятных жизненных факторов, усиливается преобладание импунитивных реакций, становится все более частой преувеличенно-оптимистическая оценка будущего. Больной с выраженным эпилептическим слабоумием фразу: «Думаю, что я достаточно способен, чтобы...» заканчивает следующим образом: «...учиться в институте». Параллельно отмечается усиление испытываемых больными затруднений при выделении эмоциональной направленности фраз. Фразы становятся эмоционально малозначимыми: «Моя мать и я... сидим дома».

Методика «незаконченных предложений» дает объективное представление о характерологических изменениях больных эпилепсией и может быть использована для определения степени выраженности психического дефекта. Эти данные могут помочь в решении диагностических и экспертных вопросов, а также в индивидуальном построении реабилитационных мероприятий.

СТАРЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ

При патопсихологическом исследовании расстройства памяти у больных старческим слабоумием обнаруживаются очень рано и обычно сразу же носят массивный характер, охватывают различные проявления памяти. Оказывается нарушенной как механическая, так и смысловая память. Резко выражены расстройства запоминания. Кривая запоминания носит характер плато — обследуемый называет после каждого повторения не более 2—3 слов из прочитанных 10, обычно последние. Нарушение запоминания (фиксационная амнезия) достигает такой степени, что больные не могут запомнить имя собеседника, а если настойчивыми повторениями этого удается добиться, то в связи с нарушениями удержания уже через несколько минут они не могут воспроизвести его опять. Наблюдается постепенная утрата прежних запасов памяти. Если вначале больные обнаруживают преимущественное ослабление памяти на текущие и имевшие место недавно события, то постепенно забываются и события более отдаленного прошлого. Так, больные женщины часто более длительное время помнят свою девичью фамилию, чем приобретенную после замужества, старые названия улиц. Постепенно утрачиваются и эти материалы памяти.

Нарушается внимание, в первую очередь — активное. Больные не могут сосредоточить свое внимание на чем-либо. Из-за этого не удаются простейшие пробы на внимание — найти дублированную деталь на рисунке, отыскать по порядку числа в таблице Шульте и т. п.

Очень рано обнаруживается резко прогрессирующее снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. Суждения больных поверхностны, нарушено различение существенных и второстепенных признаков предметов и явлений. Оказывается совершенно невозможным выполнение простейших заданий по методикам исключения, классификации. Больные не могут подобрать обобщающих названий к нескольким предметам. Так, при просьбе обозначить «одним словом ботинок, сапог и туфлю больная просто повторяет перечисленные ей предметы. Определенную роль в интеллектуальной несостоятельности больных старческим слабоумием играют снижение психической активности, утрата интереса к окружающему, абсолютное безразличие к ситуации исследования.

Уже в начале заболевания по мере прогрессирования интеллектуально-мнестических расстройств выявляются и неуклонно нарастают изменения речи. В первую очередь — это нарастающее оскудение смысловой (импрессивной и экспрессивной) стороны речи. Нарушение понимания обращенной к больному речи и смысловое обеднение его собственной являются показателем степени выраженности слабоумия.

Обращает на себя внимание относительно высокая речевая активность в начальный период старческого слабоумия. Больные постоянно стремятся к общению с окружающими,

говорливы. Речь сохраняет естественность интонаций, модуляций, сопровождается выразительной мимикой, жестами. Нередко отмечаются и ненаправленные высказывания, речь вслух — больные «ведут беседу», не смущаясь отсутствием собеседника. Несмотря на известную многоречивость, несколько повышенную речевую активность, общение этих больных с окружающими не может состояться из-за оскудения речи в смысловом отношении и из-за того, что больные быстро теряют нить беседы. При «беседе» таких больных создается видимость диалога в связи с относительной сохранностью речевой мелодии, живости мимики и жестов. На самом деле их речь не выполняет функции общения, лишена какой бы то ни было смысловой нагрузки, содержания. Это явление называется диалоголалией (Th. Spoeri, 1965). E. Bleuler (1920) связывал потерю больными речевой задачи с расстройствами памяти. Об определенной связи этого явления с общими патогенетическими механизмами старческого слабоумия свидетельствуют наблюдения С. А. Вайсборд (1959), обнаружившей, что при уходе от заданной темы нередко происходит соскальзывание к теме давней жизненной ситуации.

Потеря больными речевой задачи приводит к особенно выраженным расстройствам диалогической речи. Диалогическая и монологическая речь являются производными предикативной функции речи, их нарушения характеризуют состояние этой функции. Монологическая речь онтогенетически является более высокой формой. Если для диалогической речи сигналом служит вопрос, заданный собеседником, то монологическая речь обусловлена такими факторами, как ситуация и ее влияние на запасы энграммированных речевых связей.

Расстройство развернутой повествовательной речи при старческом слабоумии встречается на более ранних этапах заболевания. При этом наблюдается многословная, расплывчатая речь, лишенная точных образов, стереотипное повторение фраз или отдельных оборотов, вербальные парафазии. Нередко речь больных в начальных стадиях старческого слабоумия производит впечатление атак-тической, недостаточно целенаправленной. Несколько позже выступают и нарастают расстройства диалогической речи.

Типично постоянно прогрессирующее обеднение словарного запаса. В то же время речь у больных старческим слабоумием при всей бедности словарного запаса длительное время сохраняет живость и естественность в противоположность медлительности и беспомощности речи при атеросклеротическом слабоумии (С. Г. Жислин, 1956). По мере оскудения словарного запаса возрастает количество стереотипных оборотов, выполняющих роль служебных слов,— речь больных становится все более фрагментарной, инкогеррентной, превращается в непонятный набор слов, вербигерацию. В исходных состояниях старческого слабоумия функция речи как средства общения оказывается разрушенной, речь этих больных сводится к невнятному бормотанию, в котором иногда удается уловить отдельные слова, сочетания слогов.

Характеризуя расстройства предикативной функции речи при старческом слабоумии, мы указывали на наличие при этом вербальных парафазии. Иногда это парафазии комплексного типа, когда слово заменялось близким в родовом отношении. Так, больная Б,, рассказывая о своем детстве, говорит: «Муж (вместо «отец») меня воспитал». Такого рода вербальные парафазии встречаются на более ранних стадиях заболевания. При резко выраженных амнестических расстройствах наблюдаются своеобразные парафазии, когда необходимое слово заменяется словами, характеризующими какие-либо свойства предмета — так, вместо «часы» больная говорит — «это временное», вместо «карандаш» — «письменное» вместо «катушка» — «нитки для шитья». Иногда слово парафатически заменяется неологизмом, в образовании которого могут играть роль элементы контаминации, например вместо «чайник» больная говорит «пьяник» (сплав слов «пить» и «чайник»). Нередки вербальные парафазии по созвучию: вместо «катушка» — «каток», вместо «построим» — «потрогали». Постепенно парафатические замены слов начинают носить все больше случайный характер, и соответственно уменьшается способность больных замечать допущенные в речи ошибки и исправлять их. Известно, что вербальные парафазии, как это показала при изучении сенсорной и моторной афазии Э. С. Бейн

(1961), не являются одной лишь словесной заменой, которая бы оставляла интактным мышление, процессы обобщения.

Характер вербальных парафазии при афатических состояниях определяется особенностями нарушения мышления, внутренней и экспрессивной речи. При старческом слабоумии вербальные парафазии лишены специфичности, обусловленной очаговым поражением той или иной речевой зоны. Они выявляются, как и при атеросклеротическом слабоумии, эпизодически. Их динамика соответствует нарастанию интеллектуально-мнестических расстройств. Предпосылкой возникновения вербальных парафазии при старческом слабоумии, возможно, является нестойкость словесных рядов, обусловленная глубокими амнестическими расстройствами. Больным старческим слабоумием не удается повторение простого распространенного предложения, что свидетельствует о выраженных затруднениях запоминания, удержания и повторения словесного ряда.

На ранних этапах заболевания обнаруживается нарушение номинативной функции речи. Для исследования номинативной (обозначающей) функции речи проверяют возможность обследуемого называть предметы, их изображение на рисунке. Для этого желательно использование рисунков различной степени сложности — реалистических, силуэтных, контурных, с перспективой и без нее, с вспомогательными деталями и без них, таблиц Поппельрейтера. Исследование речи в этих случаях в какой-то степени совпадает с исследованием оптического гнозиса.

В начале заболевания при относительно верном назывании показываемых предметов отмечаются ошибки при назывании этих предметов по изображению. Степень испытываемых больными затруднений зависит от сложности оптико-пространственного восприятия и необходимости дополнить рисунок недостающими деталями. Так, значительно хуже воспринимаются рисунки с пространственной перспективой и лучше воспринимаются рисунки, выполненные как бы в одной плоскости. Значительны затруднения больных при восприятии силуэтных рисунков. Так, изображение будильника, на котором видны стрелки и цифры циферблата, может еще восприниматься и оцениваться верно, тогда как, увидев один лишь силуэт будильника, больные проявляют совершенную несостоятельность.

Таким образом, можно полагать, что в нарушении номинативной функции речи при простом старческом слабоумии определенную роль играет оптико-гностическая недостаточность, внешне напоминающая очаговую оптическую агнозию и отличающаяся от последней меньшей выраженностью расстройств восприятия, их постепенным возникновением и нарастанием. Наряду с этим на более поздних этапах заболевания у больных старческим слабоумием отмечаются и явления амнестической афазии.

У больных с простой формой старческого слабоумия отмечаются такие особенности амнестически-афатических проявлений, как ничтожная эффективность подсказки и отсутствие поисков необходимого слова. Так, подсказка почти всего слова далеко не всегда помогает больным, причем ее эффективность значительно уменьшается по мере течения заболевания. Что касается поисков необходимого слова, то амнестическая афазия при старческом слабоумии отмечается на относительно поздних этапах заболевания, когда на смену многоречивости приходит речевая аспонтанность, происходит снижение речевой активности. Эти обстоятельства существенно отличают амнестическую афазию при простом старческом слабоумии от истинно очаговых амнестических афазий.

Амнестическая афазия выявляется у больных простым старческим слабоумием при одновременном наличии персевераций. Возникновение персевераций при старческом слабоумии связано с патологической инертностью раздражительного процесса и слабостью активного торможения (Н. П. Татаренко, 1934, Л. В. Гаккель, 1951).

Если персеверации при очаговых поражениях речедвигательного анализатора замечаются

самим больным, пытающимся их преодолеть, то при старческом слабоумии позиция больного в отношении персевераций иная —он их не замечает. Аналогичное явление в рамках очаговой патологии наблюдается при одновременном поражении речедвигательного и речевоспринимающего анализаторов, при старческом же слабоумии это явление — один из признаков диффузного поражения коры большого мозга, не оставляющего интактными оба анализатора.

Дальнейшее углубление расстройств номинативной функции речи тесно связано с прогрессированием не только амнестически-афатических, но и оптико-гностических расстройств и слабоумия, приводящего к нарушению отождествления образа слова и его значения.

Например, больная Б. по просьбе обследующего называет показываемые ей предметы следующим образом:

Карандаш—Это хорошо... вот. Это пожалуйста. Лампочка — Это ваше... ваше.

Тогда опыт видоизменяется: по просьбе обследующего больная должна выбрать называемый предмет из нескольких лежащих на столе. Однако и в этом случае она обнаруживает свою несостоятельность, свидетельствующую о полном выпадении номинативной функции речи.

Исходом нарушения номинативной функции речи при старческом слабоумии является абсолютная невозможность называния предметов при полной безуспешности подсказки. Даже называемое обследующим слово больной не относит к реальному объекту.

Наряду с устной речью при подозрении на старческое слабоумие у больных обязательно исследуют письменную. Это исследование нужно повторять, так как именно сравнение аграфических расстройств на различных стадиях заболевания позволяет обнаружить некоторые их характерные особенности. С этой целью проверяют способность обследуемого писать произвольно, под диктовку, а также воспроизводить так называемые автоматизированные энграммы. При старческом слабоумии отмечается определенная последовательность расстройств письменной речи. Вначале ухудшается возможность произвольного письма, затем письма под диктовку и, наконец, списывания и воспроизведения автоматизированных энграмм. Если в начале заболевания больные старческим слабоумием еще могут писать под диктовку, обнаруживая при этом большое количество парафазии и заметные изменения почерка (буквы становятся угловатыми, деформируются), то впоследствии они не могут даже списывать и воспроизводить автоматизированные энграммы — стереотипно пишут одни и те же каракули, утратившие сходство с буквами. Такого рода бессмысленную вереницу неразличимых букв, переходящих в однообразно повторяющиеся штрихи, E. Kraepelin назвал «сенильной аграфией». Явления аграфии при старческом слабоумии связаны с расстройствами праксиса, амне-стически-диспрактическими нарушениями (E. Dolaris, 1923; Morlaas, 1929). По нашим наблюдениям, у больных старческим слабоумием оказывается нарушенным осмысление ставящейся перед ними задачи, отмечается углубляющееся со временем забывание почти всех букв. Несомненна роль и конструктивной апраксии в ге-незе аграфических расстройств — больные не могут копировать буквы и несложные рисунки, фигуры и т. д.

В аграфических нарушениях при старческом слабоумии большую роль играют персевераторные механизмы. Они проявляются не только в исходном состоянии, когда больные многократно воспроизводят одну и ту же букву или каракули, но и на более ранних стадиях болезни. Так, больной Н. было предложено написать под диктовку: «Ваня и Петя возвращались из школы домой. По дороге они встретили Таню». Вначале больная отказалась, заявив, что «не умеет рисовать» (парафазия вместо «писать») затем написала: «Ваня и Петя рисовали, рисовали возвращались из школы домой. По дороге они захотели вернуться домой. Таню они встретили».

Динамика аграфических расстройств при старческом слабоумии свидетельствует о постепенном общем распаде всей функции письменной речи без преимущественного выпадения какой-либо одной ее стороны, как это бывает при очаговых поражениях сосудистого генеза,

протекающих с синдромом моторной или сенсорной афазии. При этом аграфические проявления не опережают расстройства устной речи, как бывает при болезни Альцгеймера.

Расстройства чтения, обнаруживаемые при старческом слабоумии, как и аграфические расстройства, отличаются неуклонной прогредиентностью. Вначале — это нарушение понимания прочитанного. Чтение вслух производится автоматически. Появляются и становятся все более частыми паралексии, которые со временем больные перестают замечать и не исправляют даже при обращении их внимания на допущенные ошибки. Нередко при чтении слово заменяется другим, начинающимся с того же слога. Так, больная X фразу «Начищенный самовар блестит как золото» читает следующим образом: «Начищенный сахаром блестит как золото»; фразу «Нельзя питаться одними пирогами» читает так: «Нельзя питаться одинаково пирогами». По мере нарастания расстройств чтения вербальные паралексии сменяются грубыми литеральными. Например, «лопата» читается как «латата», «арбуз» — «арбув», «береза» — «бразиня» и т. д. На поздних стадиях простого старческого слабоумия буква как бы теряет свое сигнальное значение, больные утрачивают способность читать, не отличают буквы от цифр и других знаков.

ПРЕСЕНИЛЬНЫЕ ДЕМЕНЦИИ

К пресенильным деменциям относят заболевания, проявляющиеся преимущественно в предстарческом возрасте и характеризующиеся неуклонно прогредиентным, постепенно возникающим и протекающим без остановок и ремиссий (но и без обострений) ослабоумливающим процессом.

Морфологический субстрат пресенильных деменций — первично-атрофический процесс. Однако этиопатогенетически и морфологически заболевания этой группы существенно различаются — атрофия, например, при болезни Альцгеймера носит иной характер, чем при болезни Пика.

Наиболее часто из заболеваний этой группы встречаются болезни Альцгеймера и Пика, а также хорея Гентингтона. Особые трудности для дифференциальной диагностики представляют первые два заболевания.

Для диагностики болезней Пика и Альцгеймера особенно значимо патопсихологическое исследование с использованием ряда ней-ропсихологических методик.

При изучении психопатологических проявлений при болезнях Пика и Альцгеймера руководствуются принятым разделением заболеваний на три стадии. Первая (начальная) стадия характеризуется изменениями интеллекта, памяти и внимания, без выраженных грубо-очаговых симптомов, вторая — выраженным слабоумием и- фокальными симптомами (афатическими, агностическими, апрактическими), третья, терминальная,—глубоким психическим распадом, больные ведут сугубо вегетативное существование.

В первой стадии болезни Альцгеймера данные патопсихологического исследования мало отличаются от данных при сенильной деменций. На передний план выступают прогрессирующие расстройства памяти. Клинически определяется недостаточность памяти, распространяющаяся вначале на события, хронологически близкие к началу заболевания. В ряде случаев отмечаются и умеренно выраженные, не очень стойкие конфабуляции. Они обычно обнаруживаются при рассказе больных о событиях своей жизни в определенные периоды, при расспросах врача о том, что происходило накануне, несколько дней или неделю назад и т. д. Сами по себе больные активно не продуцируют конфабуляторные воспоминания. Конфабуляции обычно выявляются лишь пр'и соответствующим образом направленной речи больных. По мере нарастания амнестических расстройств конфабуляции исчезают—больные безразлично относятся к обнаруживаемым в беседе провалам в памяти и не пытаются их ничем заполнить. Чаще всего конфабуляции отмечаются при проявлении болезни Альцгеймера в более позднем

возрасте, после 60—65 лет -

Выражением амнестического симптомокомплекса служит постоянно наблюдающаяся при болезни Альцгеймера амнестическая дезориентировка. В связи с этим становится понятным значение исследования функции памяти при предположении болезни Альцгеймера. В беседе с больным проверяется память на события прошлого и текущие, устанавливается, насколько больной ориентирован во времени и месте. В пробе на запоминание 10 слов при болезни Альцгеймера кривая запоминания носит такой же характер, как при старческом слабоумии. Затруднения в запоминании при болезни Альцгеймера связаны с выраженной недостаточностью активного внимания. Так же, как и при старческом слабоумии, при болезни Альцгеймера наблюдается резкое ослабление удержания в памяти, приобретающее часто характер фиксационной амнезии. Это явление обнаруживается во время беседы с больными, которые проявляют свою несостоятельность при попытке запомнить имя и отчество собеседника, еще более отчетливо оно выступает в пробе на запоминание. О. Г. Садов (1968) при экспериментально-психологическом исследовании скорости забывания чисел подтвердил характерность для болезни Альцгеймера ослабления удержания в памяти. По данным автора, скорость забывания чисел при болезни Альцгеймера значительно выше, чем при сосудистых деменциях, при этом было установлено, что быстрое уменьшение правильно воспроизведенных чисел находится в промежутке между 1 с и 1 мин после их предъявления.

В определенной связи с амнестическими расстройствами находятся и характерные для начальных этапов болезни Альцгеймера затруднения в восприятии и удержании нового материала, особенно абстрактного характера, в создании новых навыков. Это устанавливается при экспериментально-психологическом исследовании, когда обследуемый должен воспроизвести за исследующим несложный двигательный стереотип, например 3—4 движения кисти рук в определенной последовательности. Наши наблюдения показывают, что такие стереотипы образуются с большим трудом уже в Начальной стадии болезни Альцгеймера, крайне нестойкие и не воспроизводятся больными уже через несколько минут.

Одновременно с расстройствами памяти отмечается и интеллектуальная недостаточность. Больные оказываются несостоятельными при выполнении несложных заданий по методике исключения, при необходимости подобрать обобщающее понятие для нескольких предметов или явлений. Интеллектуальная недостаточность еще более усугубляется намечающимися уже в этот период нарушениями высших корковых функций речи, гнозиса и праксиса, которые впоследствии достигают такой степени выраженности, что можно говорить об афазии, агнозии и апраксии.

Примером этого может служить утрата больными в начальной стадии болезни Альцгеймера старых навыков, в первую очередь наиболее дифференцированных, тонких и сложных, наиболее поздно приобретенных в течение жизни. В определенной степени это связано с прогрессированием амнестических расстройств. Утрата больными навыков предшествует развитию во второй стадии заболевания грубых апрактических расстройств и, возможно, является первоначальным звеном в генезе апраксии (Э. *Я.* Штернберг, 1960). Об этом свидетельствует и обнаруженное нами следующее обстоятельство: при утрате больными прежних навыков мы отмечали у них явления конструктивной апраксии.

Обнаружение конструктивной апраксии в начале болезни Альцгеймера имеет большое диагностическое значение и при исследовании не представляет сложности. Больному предлагают скопировать несложную фигуру из палочек. Он не может ее воспроизвести не только по памяти, но и имея перед глазами образец. Иногда первые фигуры копируются удовлетворительно, но последующие уже не воспроизводятся, более того, обследуемый как бы утрачивает инструкцию и вместо выполнения задания «дополняет» фигуру-образец. Это, по нашему мнению, можно рассматривать как первое проявление недостаточности конструктивного праксиса и связано с так называемым угасанием функции, слабостью

оптического внимания (М. С. Лебединский, 1966), наступающими при поражении затылочной области коры большого мозга. Нарушения конструктивного праксиса проявляются и в невозможности составить звезду из ромбов, заштриховать клетки шахматной доски в требуемом порядке.

Расстройства речи (устной и письменной) также характерны для первой стадии болезни Альцгеймера. При этом отмечаются затруднения и ошибки в произнесении слов. Иногда меняется характер речевой мелодии: она становится неуверенной, дрожащей. Часты ошибки в расстановке ударений. Предшественником характерных для второй стадии болезни Альцгеймера афатических расстройств является обнаруживаемая в конце первой стадии семантическая афазия. Больные не различают таких понятий, как «мамина дочка» и «дочкина мама» (обычно с этой целью больному показывают рисунок, изображающий женщину с ребенком, и спрашивают, кто из них дочкина мама, а кто мамина дочка), «брат отца» и «отец брата». Они не понимают сложные логико-грамматические конструкции. Приводим примеры семантической афазии. Больная С. по поводу понятий «отец брата» и «брат отца» говорит: «Все родственники». Больная Б. отказ сравнивать эти же понятия мотивирует следующим образом: «Не знаю, ничего не могу сказать. У них там народу много, детей много. Куда уж там искать». Она же пытается объяснить понятия «дочкина мама» и «мамина дочка» так: «Значит дочка была раньше рождена, чем мама».

Следует отметить, что в конце первой стадии болезни Альцгеймера, в сущности, на границе ее со второй, нередко отмечаются признаки, свидетельствующие об очаговом, преимущественно теменно-затылочной локализации, поражении головного мозга. Это уже упоминавшиеся нами семантическая афазия и конструктивная апраксия, а также своеобразное нарушение счета и нередко наблюдавшаяся нами симультанная агнозия.

Нарушения счета (акалькулия) характеризуются утратой больными представления о разрядности чисел. При записи под диктовку число 1030 воспроизводится как 100030, 102, как 1002, 390 как 30090 т. д. Соответственно нарушается и восприятие чисел, легко выявляющееся при попытках сравнения их. По нашим наблюдениям, больные в начальной стадии болезни Альцгеймера при сравнении чисел руководствуются, как это бывает при затылочных поражениях коры большого мозга, оценкой чисел не по разрядному значению всего числа, а по значению входящих в него цифр (А. Р. Лурия, 1962). Так, они определяют, что 398 больше 401, 1978 больше 2120 и т.д. Этим объясняется то, что при болезни Альцгеймера в первую очередь становится невозможным выполнение счетных операций, требующих перехода через какие-либо разряды. Например, больные не могут сложить два числа, сумма которых превышает 10, но в это же время счетные операции в пределах 10 еще могут удовлетворительно выполнять.

Явления симультанной агнозии обнаруживаются при описании больными сюжетных рисунков — перечисляются отдельные изображенные на рисунке предметы (при отсутствии выраженной амне-стической афазии), но взаимоотношения между ними не улавливаются.

Выявление такого рода патопсихологического синдрома, свидетельствующего о преимущественной локализации патологического процесса в теменно-затылочной области, имеет важное значение для диагностики болезни Альцгеймера. Следует отметить, что именно при первой стадии болезни Альцгеймера можно получить данные, необходимые для решения дифференциально-диагностических вопросов. Примером этого может служить сравнение начальных проявлений болезни Альцгеймера и болезни Пика, различение которых в исходной стадии связано с большими трудностями.

В отличие от болезни Альцгеймера при болезни Пика расстройства памяти никогда не оформляются структурно в единый симптомокомплекс. В значительной мере впечатление о грубом ослаблении памяти при болезни Пика создается снижением активного внимания, неустойчивостью его концентрации. По данным В. Г. Будзы (1973), в начале болезни Пика при экспериментально-психологическом исследовании памяти выявляется значительная

потенциальная способность к фиксации, свидетельствующая об отсутствии первичного нарушения непосредственного запоминания. Об этом свидетельствует воспроизведение 7—8 слов из 10. По мнению автора, расстройства памяти при болезни Пика долгое время являются вторичными и зависят главным образом от снижения инициативы.

нарушения произвольности репродукции с расстройством динамики психических процессов в виде трудности переключения, инертности проактивного торможения, патологии установки.

Как правило, при болезни Пика отсутствуют конфабуляции. Дезориентировка больных не носит характер амнестической, об этом свидетельствуют некоторые ответы больных, когда врачу удается сосредоточить их внимание на круге вопросов, связанных с местонахождением, хронологическими данными; об этом же можно судить по некоторым косвенным высказываниям больных. Такое явление напоминает редуцированную ориентировку, которую отмечали Л. Г. Членов и А. М. Шуберт (1940) при болезни Пика. Наблюдаемая авторами больная сохраняла адекватное поведение, если ей приходилось иметь дело с объектами, расположенными по средней линии и вблизи нее: она правильно находила и называла эти объекты, манипулировала с ними, меняла их местоположение. Эти формы деятельности резко нарушались, если объекты помещали вне внимания больной. Данные явления, по мнению авторов, могут играть определенную роль как в возникновении апрактических, агностических и афатических расстройств, так и в нарушении ориентировки. В. А. Гиляровский (1946) отмечал аналогичные явления при лобных поражениях травматического генеза, которые он не связывал с расстройствами памяти,— при настойчивых наводящих вопросах можно убедиться, что факты как будто забытые больному известны, но они находятся в другом круге представлений, переход к которому затруднен. Явления редуцированной ориентировки объясняются нарушением интеллектуальной деятельности и слабостью побуждений, аспонтанностью.

Слабоумие уже в самом начале болезни Пика носит более грубый характер, чем при болезни Альцгеймера. Происходит как бы диссоциация всех высших интеллектуальных функций, нарушена их координация. В первую очередь это отражается на особенностях личности больного, изменения которой либо напоминают псевдопаралитическую картину, либо характеризуются преобладанием вялости и 'пассивности, -нарастанием аспонтанности и оскудения речи.

Если в дебюте болезни Альцгеймера эмоциональные изменения сводятся к пониженному настроению, угнетенности, беспокойству, то при болезни Пика — это аффективное огрубение, часто с эйфорическим оттенком. И в дальнейшем при болезни Альцгеймера можно отметить длительную относительную сохранность ядра личности, сознание больными своей неполноценности, эмоциональную откликаемость.

Намечающиеся в конце первой стадии очаговые расстройства 'речи, гнозиса и праксиса достигают наибольшего развития во вто-»рой стадии болезни Альцгеймера, обнаруживая при этом своеобразную динамику, позволяющую говорить об афазии атрофического генеза, протекающей иначе, чем при других (опухолевых, сосудистых) органических поражениях головного мозга. Для этой стадии характерен синдром амнестической афазии, которая, находится в прямой связи с расстройствами памяти. По нашим наблюдениям, амнестическая афазия обнаруживалась при болезни Альцгеймера в 95,4% случаев.

При височном варианте болезни Пика амнестическая афазия нами отмечена лишь .у 6 (22,2%) из 27 больных. Таким образом, амнестическая афазия, по нашим материалам, более характерна для болезни Альцгеймера. Однако наличие амнестической афазии в клинической картине не является серьезным аргументом против диагностирования болезни Пика, так как она встречается при наиболее трудном в дифференциально-диагностическом отношении височном варианте этого заболевания.

При болезни Альцгеймера уже в начале обнаруживаются явления оптико-гностической

недостаточности, такие же как и при старческом слабоумии. Их сочетание с амнестической афазией при болезни Альцгеймера создает своеобразную картину нарушения номинативной функции речи. При показе больным реальных предметов обнаруживаются затруднения в назывании их, но представления об их назначении и свойствах еще сохранены.

При показе рисунков с изображениями предметов больные не могут не только назвать эти предметы, но и указать свойства, часто неправильно их называют. В дальнейшем у этих больных обнаруживается картина оптической агнозии.

Очень часто при болезни Альцгеймера обнаруживается обеднение речи существительными. При этом фразы строятся грамматически неправильно, обрываются на половине, пропускаются и ничем не замещаются отдельные слова, некоторые слова остаются незаконченными.

Еще до появления выраженных амнестически-афатических расстройств на самых ранних этапах болезни Альцгеймера отмечается изменение почерка, появляются многочисленные параграфии. Стадии амнестической афазии при болезни Альцгеймера уже присущи грубые аграфические нарушения: оказывается невозможным произвольное письмо и письмо под диктовку, нарушено списывание и воспроизведение автоматизированных энграмм. Письменная речь является сложным актом, одной из-сторон речевой функции. В ее осуществлении принимают участие двигательный, речедвигательный и слуховой анализаторы. При поражении одного из них нарушается функция и других. Первичное поражение одного из указанных анализаторов обусловливает специфичность проявлений афазии. А. Р. Лурия (1950) показал, как в специфике аграфических проявлений отражается первичное нарушение функции одного из речевых анализаторов. Этим объясняется своеобразие аграфических проявлений при моторной либо сенсорной афазии. Так, при последней в письменной речи мы находим признаки распада фонематического слуха.

Расстройства письма при болезни Альцгеймера отличаются большей выраженностью и необратимостью от аналогичных расстройств при амнестической афазии, возникшей вследствие острого нарушения кровообращения. Можно думать, что участие функциональных элементов в образовании аграфических расстройств при болезни Альцгеймера минимально. Если при амнестической афазии сосудистого генеза списывание и воспроизведение автоматизированных энграмм сохранены, то при болезни Альцгеймера эта сторона письменной речи страдает уже в самом начале заболевания. Такого рода расстройства письма с нарушением графем характерны для поражений затылочно-теменных отделов доминантного полушария (А. Р. Лурия, 1959). Эти расстройства письменной речи прогрессируют и довольно рано приводят к образованию абсолютной аграфии, обнаруживаемой при болезни Альцгеймера уже на фоне легкой транскортикальной сенсорной афазии, а иногда и раньше, когда расстройства устной речи еще носят характер амнестической афазии. Указанная диссоциация афатически-аграфических проявлений (последние опережают первые) может быть объяснена множественным характером очаговости поражения коры большого мозга при болезни Альцгеймера.

Обращает на себя внимание отличие аграфических расстройств при болезни Альцгеймера от сенильной аграфии. В расстройствах письма при болезни Альцгеймера значительную роль играет очаговость поражения мозга. Клинически они проявляются как психопатологический симптом очагового значения. При сенильной деменции функция письменной речи разрушается постепенно, нарушаются вначале более сложные и позже приобретенные элементы (произвольное письмо, письмо под диктовку), а затем более простые (списывание, воспроизведение автоматизированных энграмм).

С довольно ранним выявлением очагов атрофических поражений теменно-затылочных отделов доминантного полушария связаны и характерные для болезни Альцгеймера алексические расстройства. В генезе алексических синдромов, как известно, принимают участие пространственно-агностические, афатические, амнестические и аграфические нарушения.

Различают первичные алексии, обусловленные нарушением механизмов восприятия букв, и вторичные («симптоматические»), наблюдающиеся при афазии. Алексия при болезни Альцгеймера может быть охарактеризована как первичная. Наблюдается динамика алексических расстройств от так называемой литеральной алексии, являющейся результатом нарушения процессов обобщения и отвлечения в системе восприятия букв,— на уровне второй сигнальной системы, к агностической алексии, когда нарушены процессы анализа и синтеза оптико-пространственных отношений вообще,—на уровне первой сигнальной системы (В. М. Смирнов, 1962). При болезни Альцгеймера переход от литеральной алексии (чтение еще возможно, но протекает с паралексиями и без понимания смысла прочитанного) к агностической (больные совершенно не узнают и не называют буквы, не отличают их от каких-либо знаков) осуществляется очень быстро и вне связи с афатическими расстройствами.

Расстройства письменной речи и чтения, выявляемые на ранних этапах болезни Альцгеймера — важный дифференциально-диагностический критерий при необходимости отграничения ее от болезни Пика, при которой длительное время сохраняется написание автоматизированных энграмм и чтение без понимания прочитанного. Семантическая и амнестическая афазия достигает максимальной степени выраженности в начале второй стадии заболевания, а затем затушевывается, как бы перекрывается сенсорно- и моторно-афатическими проявлениями. Указанные афатические расстройства при болезни Альцгеймера не сменяют друг друга, а как бы наслаиваются одно на другое. Таким образом, у больных с сенсорной афазией можно отметить и наличие амнестически-афатических проявлений. Это значительно затрудняет квалификацию речевых расстройств. О присоединении сенсорной афазии мы можем судить по наступлению и прогрессированию нарушений понимания речи, обращенной к больному. При этом обязательно проверяется не только понимание больным речи, но и сохранение им возможности повторять услышанное. При сохранении повторной речи говорят о транскортикальной сенсорной афазии. Эта стадия при болезни Альцгеймера оказывается более длительной, чем стадия кортикальной сенсорной афазии, при которой нарушено и повторение. Присоединение к сенсорной афазии явлений моторной афазии приводит к большому числу грубых парафатических искажений слов.

Для кортикальной сенсорной афазии характерно нарушение фонематической дифференцировки. Больные не различают близких фонем в слогах, предложенных им для повторения. Так, повторяя за обследующим пары слогов, больная вместо «ба-па» и «па-ба» произносит «ба-ба». Фонематическая дифференцировка может проверяться и при повторении слов в спонтанной речи. По характеру парафазии можно судить о неразличении близких фонем. Примеры таких парафазии: «пудылочка» («бутылочка»), «парабан» («барабан»), «сабор» («забор») и т. д.

Обычно на стадии сенсорной афазии обнаруживаются явления логоклонии. Вначале — это клоническое ритмическое повторение первого слога или звука слова, затем логоклонически повторяются и слоги, расположенные в середине или в конце слова. По нашим наблюдениям, логоклония встречалась в 76% случаев болезни Альцгеймера, тогда как при болезни Пика— лишь в 3,8% случаев. Это обстоятельство дает основание считать, что логоклония — симптом, имеющий определенное значение в дифференциальной диагностике между болезнью Альцгеймера и болезнью Пика. В то же время следует помнить, что логоклония наблюдается и при других органических заболеваниях головного мозга — при прогрессивном параличе, после перенесенного энцефалита. Иногда логоклонии предшествует своеобразная атаксия слогов, проявляющаяся в «спотыкании» на слогах при произнесении скороговорок и трудных слов («подстаканник», «подоконник»).

Афатические расстройства при болезни Альцгеймера носят нечеткий характер. В связи с этим можно лишь в некоторой степени условно характеризовать наблюдаемые при очагово-атрофических заболеваниях афатические картины в соответствии с классической систематикой

афазий. Одним из примеров этого является несоответствие между степенью выраженности афатических и аграфических расстройств. Другим таким примером может служить изучение речевой активности при атрофических поражениях головного мозга. Мы лишь у 5 больных (3 случая болезни Альцгеймера и 2 — болезни Пика) наблюдали при сенсорной афазии логорею. У остальных больных отмечалось раннее развитие речевой аспонтанности, значительно более выраженное при болезни Пика. Это свидетельствует о незначительной частоте случаев изолированной атрофии височной области. Атрофия коры лобных отделов мозга (конвекситатной поверхности) почти всегда сопутствует атрофии височных отделов. Иногда лобное поражение опережает височное (случаи, отличающиеся аспонтанностью речи с начала заболевания) либо атрофия лобных отделов присоединяется к височному поражению (случаи, когда наблюдавшаяся вначале повышенная речевая активность сменяется аспонтанностью). Эта особенность речи при болезни Альцгеймера объясняется множественностью очагов атрофии, наличием, наряду с очаговой, диффузной атрофии коры большого мозга.

Литеральные парафазии при болезни Альцгеймера удается обнаружить еще на стадии транскортикальной сенсорной афазии, а иногда и раньше—при амнестически-афатических проявлениях. Для этого следует лищь предъявить больному повышенную речевую нагрузку. Это несоответствие парафатических расстройств наблюдающемуся афатическому синдрому свидетельствует о наличии скрытых нарушений восприятия речи и является признаком своеобразной динамики афатических расстройств атрофического генеза, так как такая парафатически-афатическая диссоциация нехарактерна для классических описаний афазии вследствие инсульта.

Параллельно асемическим симптомам (афазии, оптической агнозии, конструктивной, а затем идеомоторной апраксии) во второй стадии болезни Альцгеймера обнаруживается выраженная очагово-неврологическая симптоматика — парезы лицевого нерва по центральному типу, повышение мышечного тонуса конечностей, явления паркинсонизма, нарушения походки. В ряде случаев наблюдаются судорожные припадки.

Все эти очаговые симптомы обнаруживаются на фоне глубокого слабоумия, при невозможности образования категориальных понятий, деавтоматизации привычного ряда, при выраженной акалькулии. Определяя слабоумие при болезни Альцгеймера как тотальное, глобарное, Э, *Я.* Штернберг (1962) указывает, что оно развивается более интенсивно, чем при типичной старческой деменции и по выраженности его можно сравнить со слабоумием больных с нелеченным параличом. Однако при наличии выраженной деменции у лиц с болезнью Альцгеймера длительное время сохраняются сознание своей болезни, чувство собственной несостоятельности, адекватные эмоциональные реакции на посещение близкими.

Вторая стадия болезни Пика характеризуется типичной картиной неуклонно и монотонно прогрессирующей деменции, поражающей интеллект «сверху вниз», начиная с его наиболее сложных проявлений и заканчивая наиболее простыми, элементарными, автоматизированными с вовлечением предпосылок интеллекта. Происходит как бы диссоциация всех высших интеллектуальных функций, нарушена их координация. На фоне грубого глобарного слабоумия определяется характерная динамика асемических симптомов, в первую очередь расстройств речи. Характер патологии речи в значительной мере определяется первичной локализацией атрофического процесса.

При лобном варианте болезни Пика на первый план выступает падение речевой активности, вплоть до полной аспонтанности речи. Неуклонно оскудевает словарный запас, упрощается построение фраз. Можно выделить отрицательное отношение больных к самому процессу речи, которая постепенно утрачивает коммуникативное значение. При височном варианте болезни Пика стереотип развития речевых расстройств напоминает аналогичный стереотип при болезни Альцгеймера, однако с некоторыми отличиями. Так, сенсорная афазия при болезни Пика чаще протекает без логореи.

Характерные для болезни Пика стереотипии в речи и поведении претерпевают определенную динамику. Вначале «стоячие обороты» используются с неизмененными интонациями в рассказе (симптом граммофонной пластинки), затем они все более упрощаются, редуцируются и сводятся к стереотипно повторяемой фразе, нескольким словам, становятся все более бессмысленными. Иногда слова в них настолько искажены, что нельзя определить их первоначальный смысл, например: «Вот уборка пиредни крес», «Бракада... брака-да».

Для распада речи при болезни Пика характерны явления палилалии — повторяются отдельные слова и фразы. Эхолалия при болезни Пика вначале митигированная, облегченная — больной повторяет, слегка видоизменяя, заданный ему вопрос. Затем митигированная эхолалия сменяется истинной, при которой речевая репродукция является автоматической, непроизвольной, лишена всякого смысла. Динамика эхолалии при болезни Пика отражает особенности течения атрофического процесса — переход от частичного нарушения связей между сигнальными системами к полному (Э. Я. Штернберг, 1957).

Третья стадия болезни Пика и Альцгеймера характеризуется глубоким слабоумием, больные как бы ведут вегетативный образ жизни. Внешне психические функции приходят к окончательному распаду, контакт с больными совершенно невозможен.

В клинике хореи Гентингтона основную роль играет относительно медленно (по сравнению с болезнями Пика и Альцгеймера) развивающееся слабоумие. В ряде случаев его проявления предшествуют типичным хореатическим гиперкинезам, что затрудняет диагностику, тем более, что из-за постепенного начала и медленного формирования слабоумия манифестный период заболевания нередко просматривается. Неуклонное прогрессирование слабоумия, фокальная симптоматика сближают хорею Гентингтона с другими формами пресенильной деменции. В клинике большое значение придают развивающимся в ранней стадии заболевания характерологическим изменениям, выраженным аффективным реакциям, своеобразной прилипчивости типа акайрии, описанной при эпидемическом энцефалите М. И. Аствацатуровым (1928). Это легко обнаруживается и в ситуации патопсихологического исследования — больные аффективно неустойчивы, раздражительны, взрывчаты. По мере углубления деменции эти характерологические проявления сменяются безразличием к окружающему, эйфорически-благодушным настроением.

Отмечается известная диспропорциональность поражения отдельных сторон и проявлений психической деятельности. В значительной мере интеллектуальная несостоятельность больных зависит от грубых расстройств активного внимания. Этим объясняется известная неравномерность результатов при исследовании больного в разные дня, в связи с чем у исследующего может даже сложиться ошибочное впечатление о некоторой обратимости нарушений психической деятельности.

Выражены нарушения памяти — запоминание и удержание. При заучивании 10 слов больные хореей Гентингтона, как и при сенильной деменции и болезни Альцгеймера, воспроизводят не более 3—4 одних и тех же слов. Э. Я. Штернберг (1967) видел в этом проявление инертности в протекании психических процессов. Рано обнаруживаются нарушения логико-смысловой памяти, выражающиеся в невозможности воспроизведения несложных рассказов.

С течением заболевания на смену стадии, характеризовавшейся неустойчивостью внимания и неравномерностью интеллектуальной работоспособности, приходит нарастающее оскудение интеллектуальной деятельности и нивелировка ее проявлений (Э. Я. Штернберг, 1967).

Афатико-агностико-апрактические расстройства при хорее Гентингтона не достигают такого развития, как при болезнях Пика и Альцгеймера, однако в некоторых случаях Э. Я. Штернберг (1967) наблюдал симптомы, близкие к проявлениям патологии речи при болезни Пика — редукцию речи, отрицательное к ней отношение (симптом нежелания говорить). Такие

изменения речи мы наблюдали главным образом при наличии глубокого слабоумия и аспонтанности.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Течение церебрального атеросклероза характеризуется многообразием клинических форм. Общепризнано выделение в качестве основной формы заболевания церебросклероти-ческой астении. Один из ведущих симптомов астении — истощаемость психических функций. Исследование ее позволяет четко определить патогенетические особенности и тип астенического состояния. Оценка выраженности истощаемости в течении заболевания дает основания судить об эффективности терапии, является объективным показателем изменения состояния больного.

О наличии истощаемости можно судить при сравнении результатов в начале и в конце исследования. В некоторых случаях, когда истощаемость значительна, она обнаруживается даже в процессе исследования какой-л'ибо одной, относительно длительной, методикой. Например, она выражается в увеличении пауз и появлении ошибок в конце исследования методикой отсчитывания, в увеличении латентного периода и затруднений в подборе слов, на заключительном этапе исследования методикой подбора антонимов.

Особенно четко обнаруживается истощаемость при исследовании специальными методиками, направленными на изучение работоспособности—таблицами Шульте, Крепелина, в корректурной пробе. Кривые истощаемости при исследовании этими методиками больных церебральным атеросклерозом неодинаковы. Среди них можно выделить два основных типа, соответствующих наиболее характерным синдромам астении.

Для гиперстенического синдрома характерно начало выполнения задания в быстром темпе и очень рано проявляющаяся истощаемость. В последующем эпизодически отмечается кратковременное улучшение показателей. Кривая истощаемости гиперстенического типа при исследовании таблицами Шульте носит зигзагообразный характер. Так, например, на поиски чисел в первой таблице больной затрачивает 48 с, во второй — 1 мин 18 с, в третьей — 1 мин 23 с, в четвертой —51 с, в пятой — 1 мин 12 с и т.д. При исследовании таблицами Крепелина в этих случаях также обнаруживается значительная разница в темпе выполнения задания на различных его этапах, в количестве произведенных в различные отрезки времени сложений и допущенных при этом ошибок.

При гипостенических состояниях кривая истощаемости носит иной характер. Так, при исследовании таблицами Шульте отмечается постепенное увеличение затрачиваемого на каждую последующую таблицу времени. На протяжении исследования уровень выполнения задания постоянно снижается в связи с нарастающей истощаемостью. Соответственно и при исследовании таблицами Крепелина отмечается постепенное ухудшение темпа работы. При гипостенических состояниях истощаемость проявляется не только при сравнении времени поиска чисел в различных таблицах Шульте, но и в пределах одной и той же таблицы. С этой целью можно отмечать количество чисел, найденных больными за каждые ЗОс.

При церебральном атеросклерозе можно установить определенную корреляцию между характером истощаемости и клинической стадией заболевания. Начальной стадии заболевания присущ ги-перстенический тип истощаемости. В дальнейшем с прогредиентным течением церебрального атеросклероза истощаемость в эксперименте проявляется по гипостеническому типу. В этих случаях указанные формы астенических синдромов могут рассматриваться как последовательные стадии клинических проявлений единого патологического процесса.

С истощаемостью при церебральном атеросклерозе непосредственно связана и недостаточность активного внимания. Она находит свое отражение в пропусках отдельных чисел в таблицах Шульте, в увеличении к концу исследования количества ошибок в таблицах

Крепелина. Особенно четко она обнаруживается в корректурной пробе — отмечаются пропуски букв, лишние зачеркивания сходных или расположенных рядом с заданной букв, пропуск целых строк. Ошибки либо нарастают количественно к концу исследования, либо распределяются в ходе опыта неравномерно, группами.

Представляют интерес наблюдающиеся при атеросклеротической астении эпизодические литеральные парафазии. Происходит чаще всего замена какого-либо звука в слове при сохранности его фонематического остова, например вместо «сосудов» — «посудов», вместо «голубятня» — голубатня». Нами высказано предположение о роли в генезе литеральных парафазии некоторой недостаточности фонематической дифференцировки, которая определяется при обследовании больных церебральным атеросклерозом по методике М. С. Лебединского. Эта недостаточность фонематической дифференцировки объясняется слабостью дифференцировочного торможения, связанной с обнаруживаемыми уже в начальных стадиях церебрального атеросклероза расстройствами подвижности психических процессов. Возможно, существенную роль в этом играют и обнаруживаемые в корректурной пробе нарушения внимания.

Одним из наиболее ранних и выраженных признаков заболевания является расстройство памяти. Уже при начальных проявлениях заболевания больные нередко жалуются, что в беседе не могут вспомнить нужное слово. Лишь впоследствии, через несколько часов, когда больной не думает об этом, нужное слово «само всплывает в памяти». Это в свое время отметил В. А. Горовой-Шалтан (1950), писавший о присущих начальным стадиям сосудистых поражений головного мозга расстройствах произвольного запоминания и воспроизведения. (1960) выделяет «мягкий» тип расстройства памяти, характеризующийся невозможностью вспомнить при необходимости имена и даты, которые в других случаях больной легко вспоминает. Этот медленно прогрессирующий тип расстройств памяти V. A. Krai противопоставляет сенильному амнестическому синдрому.

Обычно о расстройствах произвольной репродукции приходится судить по данным анамнеза. Их можно также обнаружить в беседе с больным. Объективная методика изучения этих расстройств до оих пор не разработана.

Нарушения произвольной репродукции отмечаются не только при церебральном атеросклерозе. Они встречаются и при астениях другого генеза — психогенных, постинфекционных. Однако в этих случаях обычно расстройства памяти ограничиваются одной лишь недостаточностью репродукции, которая с выздоровлением идет на убыль. При церебральном атеросклерозе расстройства памяти прогрессируют — к недостаточности произвольной репродукции присоединяются нарушения удержания, а затем запоминания.

Недостаточность удержания (ретенции) обнаруживается еще до заметных расстройств запоминания. Так, больной, воспроизводивший 10 слов после 4—5 повторений, после 15—20-минутного перерыва уже называет лишь часть этих слов. Постепенно, наряду с усилением недостаточности удержания, выявляется и недостаточность запоминания.

Выраженность расстройств запоминания соответствует глубине поражения коры большого мозга атеросклерозом, степени расстройств мышления.

При начальных проявлениях церебрального атеросклероза (рис. 25) в пробе на запоминание больные называют 10 двусложных слов после того как исследующий прочтет их 7—9 раз. Кривая запоминания неравномерна, со спадами. Еще больше выражены нарушения запоминания искусственных звукосочетаний.

При более значительной выраженности заболевания кривая запоминания отличается еще большей неравномерностью, колебаниями в количестве слов, воспроизводимых больным после каждого повторения (рис. 26). Отдельные слова повторяются несколько раз.

Называются слова, не фигурировавшие в числе заданных. Резко ухудшено запоминание

искусственных звукосочетаний. Кривая запоминания при начальных проявлениях и средней выраженности церебрального атеросклероза соответствует динамике истощаемости по гиперстеническому типу.

В дальнейшем течении заболевания расстройства запоминания значительно усиливаются. У больных с резко выраженным церебральным атеросклерозом кривая запоминания становится более ровной, торпидной, уровень достижений крайне низок (рис. 27). Такого рода кривая может расцениваться как гипостеническая. Среди называемых этими больными слое — множество привнесенных ими самими. Запомнившиеся слова больные повторяют многократно. Иногда обнаруживается полная невозможность запоминания искусственных звукосочетаний.

Сопоставление данных о степени ослабления запоминания у больных всех 3 групп показывает, что с прогрессированием атеросклероза сосудов головного мозга истощаемость мнестической функции становится все более выраженной. Истощаемость усиливается при повышении трудности эксперимента (запоминание несмысловых звукосочетаний).

Характерна также определенная неравномерность ослабления различных форм памяти у больных церебральным атеросклерозом. Значительнее всего и раньше страдает запоминание искусственных звукосочетаний; меньше нарушено и позже выступает запоминание обычных 10 слов; более длительно сохраняется запоминание в пробе на ассоциативную память.

В определенной связи с расстройствами памяти находятся и наблюдающиеся у больных церебральным атеросклерозом эпизодические вербальные парафазии. Замены слов часто происходят по так называемому комплексному типу, когда выпавшее слово заменяется другим, принадлежащим к тому же кругу представлений. Иногда слово заменяется противоположным по значению. Такой характер вербальных парафазии. Кривая запоминания 10 слов свидетельствует об определенной роли в их происхождении несмысловых звукосочетаний гипноидно-фазовых состоянии в коре большого мозга (П. *Я.* Гальперин, Р. А. Голубова, 1933; М. М. Сиротинин, С. С. Ляпидевский, 1960). Отражением этих вербальных парафазии в пробе на запоминание служит часто наблюдающаяся замена заданных слов (чаще всего близкими по смыслу) и привнесение больными новых, не фигурировавших в задании, слов. Нередко эти же больные испытывают затруднения при повторении развернутой фразы. При относительно менее глубоких мнестических расстройствах выявляется недостаточность удержания в памяти— уже через несколько минут больной не может повторить фразу. При более тяжелых расстройствах памяти обнаруживается невозможность запомнить фразу.

Представляет интерес предпринятое нами совместно с К). А. Машеком (1973) изучение характера нарушений мнестической деятельности у больных церебральным атеросклерозом в зависимости от интерферирующей деятельности по методике А. Р. Лурия. Для запоминания предъявлялись 2 серии из 3 слов, 2 предложения, 2 рассказа с последующим возвращением к предыдущей серии слов, фразе, рассказу. Установлено, что непосредственное воспроизведение материала для запоминания зависит от степени выраженности атеросклеротического процесса. Так, при непосредственном воспроизведении слов больные в начальной стадии церебрального атеросклероза не допускали ошибок; при умеренно выраженном заболевании 40% больных не полностью воспроизводили слова, а 20% заданные слова не воспроизводили. При атеросклеротическом слабоумии частично не воспроизводили слова 61%, а полностью— 39% больных. При непосредственном воспроизведении фраз аналогичные расстройства наблюдались соответственно у 40 и 17% больных с умеренным атеросклеротическим поражением, а при слабоумии—у 54 и 25%. При непосредственном воспроизведении рассказов эти показатели составили для больных с умеренно выраженным церебральным атеросклерозом 18 и 23%, при выраженном слабоумии неполное воспроизведение наблюдалось у 46%, а отсутствие воспроизведения —у 54% обследованных больных. Ошибки говорят о слабости следообразования. После отвлекающей неоднородной деятельности появляются ошибки, свидетельствующие о роли интерференции, частичного или полного ретроактивного

торможения в структуре нарушений памяти при церебральном атеросклерозе. И здесь также была установлена зависимость между интерферирующим влиянием неоднородной деятельности и степенью выраженности патологического процесса. Роль интерференции в структуре забывания еще больше повышается при наличии однородной (мнестической) отвлекающей деятельности. Аналогичную роль в структуре забывания у больных церебральным атеросклерозом, как это было установлено в следующей серии опытов, играют и процессы проактивного торможения. Частота ошибок, свидетельствующих о роли про- и ретроактивного торможения, находится в прямой зависимости от стадии заболевания. При наличии слабоумия устанавливается относительно большая роль ретроактивного торможения в процессе забывания по сравнению с проактивным.

Таким образом, при церебральном атеросклерозе страдает способность удержания серий следов изолированных элементов (слов) в результате тормозящего воздействия побочной (интерферирующей) деятельности. При этом способность удержания следов организованных структур (фраз, рассказов) страдает меньше.

Для исследования степени снижения памяти в зависимости от выраженности атеросклеротического процесса мы применяли шкалу памяти Векслера. Установлена четкая зависимость между суммарными показателями памяти и выраженностью атеросклеротического процесса. При сопоставлении результатов исследования во вторичных баллах, в их унифицированной оценке, обнаруживается гетерохронность снижения различных видов памяти по мере прогредиентности болезни. При начальном церебральном атеросклерозе отмечалось ухудшение в IV субтесте. При этом обследуемые сохраняли основную сюжетную линию рассказа и утрачивали лишь часть второстепенных деталей. С нарастанием слабоумия меняется характер выполнения задания — больные воспроизводят не только меньшее число смысловых единиц, но при этом страдает и запоминание сюжетной линии, проиходит своеобразная редукция сюжета. При этом у больных с умеренным и выраженным церебральным атеросклерозом обнаруживаются конфабуляторные элементы. При умеренном атеросклерозе парамнестические компоненты близки к сюжету рассказа, находятся как бы в том же смысловом поле. При обращении на них внимания обследуемого отмечалась тенденция к исправлению допущенной ошибки, сопровождающаяся реакцией смущения. При выраженной атеросклеротической деменции парамнезии были более частыми и в процессе опыта не корригировались. У больных с умеренным и выраженным церебральным атеросклерозом отмечались и различные по выраженности явления персеверации (перенос элементов первого рассказа во второй) и контаминации (сплавление двух рассказов).

Сопоставление результатов по субтестам Vila и VII6 показывает, что ассоциативная память снижается по мере нарастания атеросклеротического слабоумия. Однако при начальном атеросклерозе это снижение еще незначительно. Снижение ассоциативной памяти, как и при эпилепсии, является признаком глубокого слабоумия. Ассоциативная память пр.и исследовании «легкими» ассоциациями на любой стадии заболевания оказывается более сохранной, чем в «трудных» ассоциативных парах.

Материалы, полученные при обследовании больных церебральным атеросклерозом с помощью IV и VII субтестов, подтверждают клинические наблюдения об известном параллелизме между снижением уровня обобщения и отвлечения и ослаблением логически-смысловой ассоциативной памяти.

В зависимости от выраженности заболевания нередко меняется характер ошибок в VII субтесте. Так, если при начальной стадии ошибочно воспроизведенные слова всегда находятся в ассоциативной связи с одним из слов предъявленной пары, то по мере прогре-диентности заболевания появляются слова, лишенные какой бы то ни было ассоциативной связи с заданным. Это в известной мере соответствует нашим наблюдениям о динамике эпизодических вербальных парафазии при церебральном атеросклерозе. Отмеченные особенности могут быть объяснены

данными Р. Б. Хайкина (1968) о «разрыхлении» и утрате стойкости ассоциативных связей при ате-росклеротическом слабоумии.

При исследовании визуальной репродукции (VI субтест) также отмечается прогрессирующее, соответственно степени выраженности заболевания, ухудшение результатов, особенно при наличии выраженного слабоумия. Если при начальном церебральном атеросклерозе ошибки сводятся преимущественно к неправильному воспроизведению отдельных деталей, то при умеренном и выраженном церебральном атеросклерозе отмечается невозможность объединения отдельных фрагментов в целое, что можно связать с наблюдавшейся нами у этих больных недостаточностью симультанного гнозиса и конструктивного праксиса без явных очаговых симптомов выпадения функций коры большого мозга.

При воспроизведении цифр (субтесты VI, а и VI, б) выраженная несостоятельность проявлялась при необходимости повторить их в обратном порядке. Разница между результатами по этим заданиям наиболее значительна у больных с выраженным атеросклеротическим слабоумием. Такие данные интерпретируются как результат ослабления памяти и активного внимания. Можно полагать, что в патопсихологическом аспекте это явление свидетельствует о нарушениях деавтоматизации в психической деятельности, о снижении подвижности психических процессов. При этом могут играть роль изменения следовой деятельности в мнестических процессах — ослабление фиксации следа и инертность уже зафиксированных следов. Это предположение подтверждается приведенными выше данными о зависимости памяти у больных церебральным атеросклерозом от интерферирующей деятельности.

Выполнение I, II и III субтестов при начальном и умеренном церебральном атеросклерозе существенно не затруднено. Это свидетельствует о том, что в течении заболевания хорошо фиксированные в прошлом сведения (следы), упроченные навыки разрушаются медленнее и лишь в последнюю очередь, обычно уже при наличии выраженного атеросклеротического слабоумия.

Своеобразная особенность церебрального атеросклероза — обнаруживающееся и в патопсихологическом эксперименте нарушение подвижности психических процессов. Инертность психической деятельности определяется в пробах на переключение. В определенной степени эта инертность усиливается в связи с истощаемостью и в конце опыта выявляется легче, чем в начале. При выраженном церебральном атеросклерозе инертность может достигать значительной степени — у таких больных нередко обнаруживается персеверация в речевой и двигательной областях. Если персеверация не входит в структуру симптомокомплекса грубого очагового поражения головного мозга, то она замечается самим больным и нередко на время преодолевается им.

Изменения интеллектуальной деятельности на различных стадиях церебрального атеросклероза неодинаковы. При наиболее ранних проявлениях заболевания у большинства больных обнаруживается определенная сохранность уровня процессов обобщения и отвлечения. С прогрессированием заболевания отмечается своеобразная неравномерность уровня психической деятельности. Наряду с выполнением задания, при котором обнаруживается прежний уровень процессов обобщения и отвлечения, больные высказывают отдельные суждения, которые показывают, что в этих случаях интеллектуальная деятельность протекает на более низком уровне. Эти явления, рассматривающиеся Б. В. Зейгарник (1960) как нарушения последовательности суждений, связываются с быстро наступающей истощаемостью психических процессов. Истощаемость проявляется в изменении темпа выполнения задания и приводит к временному изменению качества психической деятельности.

Больные с нерезко выраженными формами заболевания в начале исследования довольно быстро усваивают модус выполнения задания и выполняют их, правильно дифференцируя существенные и второстепенные признаки предметов и явлений. Выполняя отдельные задания

по методикам исключения, классификации, выделения существенных признаков, они показывают сохранность уровня процессов обобщения и отвлечения. Наряду с этим на фоне правильных решений у этих больных обнаруживаются ошибочные суждения, в основе которых лежат ассоциации по второстепенным, конкретно-ситуационным признакам. Так, больная П., выполняя задание по методике исключения и уже выделив группы инструментов, искусственных источников освещения и швейных принадлежностей, внезапно объединяет в одну группу очки, часы и термометр. Свое решение она мотивирует следующим образом: «Мне, чтобы узнать время или температуру воздуха, приходится пользоваться очками».

Особенно легко нарушения последовательности суждений можно обнаружить при исследовании методиками, содержащими ряд заданий примерно одинаковой сложности, например методикой образования аналогий, подбором слов-антонимов. Характерная особенность этих расстройств мышления заключается в том, что больные при обращении их внимания на допущенную ошибку легко ее исправляют, никогда не упорствуют, доказывая правильность своего решения.

Своеобразные особенности обнаруживают больные церебральным атеросклерозом при исследовании уровня притязаний. Так, в начале опыта они обычно осторожно повышают сложность выбираемых заданий, соразмеряя их со своими возможностями. Иногда даже отмечается несколько заниженный уровень притязаний, так как больные испытывают опасения проявить свою несостоятельность. Они живо, эмоционально реагируют на каждое свое успешное или неуспешное решение. К концу опыта отмечается значительная истощаемость. Так, больной успешно дойдя до 10-го или 11 -го задания, не может его выполнить, а после этого уже не может выполнить и значительно более легкие задания — 2-е или 3-е. Больные становятся суетливыми, тревожная неуверенность в своих возможностях часто заставляет их отказываться от дальнейшего выполнения задания.

С прогрессированием церебрального атеросклероза нарушения последовательности суждений сменяются стойким снижением уровня процессов обобщения и отвлечения. Преобладают решения заданий, в которых обнаруживается невозможность выделить существенные признаки, больные руководствуются второстепенными признаками. Ассоциации носят конкретно-ситуационной характер. Существенно уменьшается словарный запас — это обнаруживается при подборе слов-антонимов, в произвольном назывании слов. В ассоциативном эксперименте увеличивается количество примитивных речевых реакций (особенно персевераторных).

Иногда отмечаются явления митигированной (облегченной) эхолалии. Так, услышав вопрос, больной с резко выраженным церебральным атеросклерозом, прежде чем ответить, повторяет этот вопрос, несколько его трансформируя.

При атеросклеротическом слабоумии наблюдается недостаточность номинативной функции речи. Больные испытывают затруднения при назывании отдельных предметов. В случаях значительной выраженности этого явления можно говорить об амнестической афазии, которая, как известно, может возникать и при безынсультном течении заболевания. Иногда затруднения называния обнаруживаются при предъявлении больным относительно сложных и в оптико-гностическом отношении рисунков. Последнее наблюдается пр'и глубоком атеросклеротическом слабоумии.

Описанные изменения мышления наблюдаются при простом и галлюцинаторно-параноидном атеросклеротическом слабоумии. Так называемое амнестическое слабоумие характеризуется наличием в клинической картине корсаковского синдрома. При экспериментально-психологическом исследовании в этих случаях отмечается резкое ослабление запоминания и особенно удержания. Недостаточность удержания достигает степени выраженности фиксационной амнезии: через несколько минут больной не может назвать имя собеседника, хотя до этого несколько раз повторял его, стараясь запомнить.

Псевдопаралитическое слабоумие при церебральном атеросклерозе характеризуется грубыми расстройствами мышления, нарушением его критичности.-Уровень процессов обобщения и отвлечения значительно снижен, колебания в достижениях во время эксперимента крайне незначительны. Расстройства критичности мышления выступают даже при таких относительно несложных заданиях, как чтение текстов с пропущенными словами (проба Эббингауза). Больные вставляют слова, часто не сообразуясь со смыслом читаемой фразы, без связи с последующими предложениями. Допущенные ошибки корригируются с трудом. Больные беспечно относятся к исследованию и его результатам.

При выраженном атеросклеротическом слабоумии, протекающем с псевдопаралитической симптоматикой, существенно меняется поведение больных при исследовании уровня притязаний. В силу резкого нарушения критичности мышления эти больные совершенно не соразмеряют уровень притязаний со своими возможностями. Следующие одна за другой неудачи в выполнении заданий их не обескураживают. Как правило, не выполнив очередное задание, больной тем не менее берет следующее, более сложное, и обычно не возвращается уже к более легким.

Своеобразные особенности приобретает атеросклеротическое слабоумие при наличии афатико-агностико-апрактических расстройств (так называемое асемическое слабоумие). В этих случаях клиническая картина нередко напоминает клиническую картину при болезнях Пика и Альцгеймера. Поэтому клиницисты характеризуют такие состояния, как псевдоальцгеймеровские. В этих случаях экспериментально-психологическое исследование функций речи, гнозиса и праксиса оказывает существенную помощь в проведении дифференциальной диагностики.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Закрытая черепно-мозговая травма встречается значительно чаще, чем открытая. По данным Ю. Д. Арбатского (1971), закрытые черепно-мозговые травмы составляют 90,4 % всех травматических поражений головного мозга. Этим обстоятельством, а также значительными трудностями, возникающими при врачебно-трудовой (О. Г. Виленский, 1971) и судебно-психиатрической (Т. Н. Гордова, 1974) экспертизе, объясняется и значение патопсихологических исследований в отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы.

В течении черепно-мозговой травмы выделяют 4 стадии (М. О. Гуревич, 1948).

I — начальная стадия наблюдается непосредственно после травмы и характеризуется потерей сознания различной глубины (от комы до обнубиляции) и разной длительности (от нескольких минут и часов до нескольких дней), что зависит от тяжести травмы головы. По окончаний этой стадии наступает амнезия, иногда неполная. В начальной стадии бывают нарушения кровообращения, иногда кровотечение из ушей, горла, носа, рвота, реже — судорожные припадки. Начальная стадия длится до 3 сут. Развивающаяся в это время преимущественно общемозговая симптоматика как бы скрывает признаки локального поражения головного мозга. Функции организма в конце стадии восстанавливаются от филогенетически более старых к более новым, позже приобретенным в онто-и филогенезе: вначале — пульс и дыхание, защитный рефлекс, зрачковые реакции, затем появляется возможность речевого контакта.

II — острая стадия характеризуется оглушением, которое нередко остается, когда больной выходит из начальной стадии. Иногда состояние больных напоминает опьянение. Эта стадия длится несколько дней. Общемозговая симптоматика идет на убыль, но начинают проявляться симптомы локального значения. Характерны астенические признаки, резкая слабость, адинамия, головная боль и головокружения. В этой стадии отмечаются и психозы, протекающие в форме реакций экзогенного типа,— делирий, корсаковский синдром. При отсутствии экзогенных

факторов, осложняющих течение острой стадии, больной либо выздоравливает, либо его состояние стабилизируется.

III — поздняя стадия, которой свойственна неустойчивость состояния, когда еще не полностью исчезли симптомы острой стадии, а также нет еще полного выздоровления или окончательного оформления резидуальных изменений. Любые экзогенные и психогенные вредности приводят к ухудшению психического состояния. Поэтому в этой стадии часты преходящие психозы и возникающие на астенической почве психогенные реакции.

IV — резидуальная стадия (период отдаленных последствий) характеризуется стойкими локальными симптомами вследствие органического поражения ткани головного мозга и функциональной недостаточностью преимущественно в виде общей астенизации и вегето-сосудистой неустойчивости. В этой стадии определяется течение заболевания по типу травматической церебрастении или травматической энцефалопатии. Вариантом последней Р. А. Наджаров (1970) считает и травматическое слабоумие.

Начальной и острой стадиям черепно-мозговой травмы присущ регредиентный характер. Интеллектуально-мнестическая недостаточность в этих стадиях носит значительно более грубый характер, чем в дальнейшем. Это дало основания В. А. Гиляровскому (1946) говорить об осо'бой псевдоорганической деменции, возникающей вследствие черепно-мозговой травмы. Когда исчезают симптомы, обусловленные функциональными компонентами травматического поражения головного мозга, остается органическое ядро слабоумия, и течение заболевания на длительное время становится более стабильным.

В ряде случаев слабоумие у больных, перенесших черепно-мозговую травму, носит прогредиентный характер. Такое слабоумие Т. Н. Гордова (1974) обозначала как последующее, в отличие от регредиентного (резидуального). Иногда прогрессирование слабоумия можно заметить после нескольких лет стабильной клинической картины посттравматического психического дефекта. По мнению М. О. Гуревича и Р. С. Повицкой (1948), такое слабоумие не является собственно травматическим, оно связано с дополнительными экзогенными вредностями. В. Л. Пивоварова (1965) в случаях поступательного развития посттравматической деменции не придает дополнительным вредностям этиологического значения. Последние, по ее мнению, играют роль пускового механизма, вызывающего поступательное развитие травматического поражения головного мозга, существовавшего и до того в компенсированном состоянии. По нашим наблюдениям (1976), картина деменции в этих случаях не соответствует степени выраженности и характеру дополнительных патогенных факторов. Степень интеллектуального снижения значительно больше, чем можно было бы ожидать, исходя из оценки одной лишь атеросклеротической патологии или признаков алкоголизма. Указанные вредности способствуют прогредиентности травматического слабоумия, но течение этой дополнительной патологии также существенно видоизменяется под влиянием травматической церебральной патологии. Происходит как бы своеобразное двустороннее потенцирование идущих рядом патологических процессов, отражающее присущий им патологический синергизм, Так, в отдаленной стадии черепно-мозговой травмы присоединение-начального церебрального атеросклероза способствует резкому нарастанию деменции, а затем уже отмечается неблагоприятное течение сосудистого заболевания, без ремиссий, с частичными острыми нарушениями мозгового кровообращения и злокачественной артериальной гипертензией.

Как всякое заболевание экзогенно-органического генеза, последствия черепно-мозговой травмы характеризуются в первую очередь астенией, проявляющейся клинически и патопсихологически повышенной истощаемостью, которую Б. В. Зейгарник (1948) называет кардинальным признаком посттравматических изменений психической деятельности. Эта истощаемость обнаруживается при исследовании в патопсихологическом эксперименте интеллекта и его предпосылок. Посттравматическая мозговая патология крайне редко протекает

без интеллектуально-мнестических нарушений. По наблюдениям Б. В. Зейгарник, такая интактность психики отмечается главным образом при проникающих ранениях задних отделов головного мозга.

Б. В. Зейгарник показала, что посттравматическая истощаемость не является однородным понятием. В ее структуре автор выделяет 5 вариантов.

1. Истощаемость носит характер астении и проявляется в снижении работоспособности к концу выполняемого больным задания. Темп интеллектуальной работоспособности, определяемый с помощью таблиц Крепелина или поиска чисел в таблицах Шульте, становится все более медленным, на первый план выступает количественно определяемое ухудшение работоспособности.

2. В некоторых случаях истощаемость носит не диффузный характер, а принимает форму очерченного симптома, проявляется в виде нарушений какой-либо определенной функции, например в виде истощаемости мнестической функции. Кривая запоминания 10 слов в этих случаях носит зигзагообразный характер, известный уровень достижений сменяется спадом мнестической продуктивности.

3. Истощаемость может проявляться в виде нарушений мыслительной деятельности. У больных отмечаются поверхностность суждений, затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений. Такого рода поверхностные суждения носят преходящий характер и являются следствием истощаемости. Уже незначительное психическое напряжение оказывается для больного» непосильным и приводит к выраженной истощаемости. Но такого рода истощаемость нельзя смешивать с обычной утомляемостью. При повышенной утомляемости речь идет о нарастании, по мере длительности исследования, количества ошибок и ухудшении временных показателей. При этом же виде истощаемости происходит временное снижение уровня интеллектуальной деятельности. Уровень обобщения у больных в целом не снижен, им доступны достаточно дифференцированные решения отдельных довольно сложных заданий. Характерная особенность этого нарушения заключается в неустойчивости способа выполнения задания. Адекватный характер суждений больных оказывается нестойким. Выполняя какое-либо более или менее длительное задание, больные не удерживают правильный модус деятельности, верные решения чередуются с ошибочными, легко корригируемыми в процессе исследования. Б. В. Зейгарник (1958, 1962) определила такой вид нарушений мышления как непоследовательность суждений. Она обнаруживается главным образом при таких экзогенно-органических заболеваниях, как церебральный атеросклероз, и последствиях черепно-мозговой травмы.

4. Истощаемость может приближаться к повышенной психической пресыщаемости. При длительной монотонной деятельности выполняемая обследуемым работа начинает тяготить его, изменяются скорость и ритм выполнения задания, появляются вариации в модусе деятельности: вместо предписанных инструкцией значков обследуемый начинает рисовать другие, отходя от заданного образца. Пресыщаемость характерна и для здоровых, но у перенесших черепно-мозговую травму она наступает раньше и носит более грубый характер. Особенно четко этот вид истощаемости обнаруживается с помощью специальной методики для исследования пресыщения (A. Karsten, 1928).

5. В ряде случаев истощаемость проявляется в виде невозможности образования самого психического процесса, в первичном снижении церебрального тонуса. В качестве примера Б. В. Зейгарник приводит периодически наступающие у больных, перенесших закрытую черепно-мозговую травму, нарушения узнавания, когда показываемый обследуемому предмет или его изображение определяются по родовому признаку. Нарисованную грушу такой больной определяет словом «фрукты» и т. п.

Повышенная истощаемость характеризует психическую деятельность больных в отдаленный период черепно-мозговой травмы и является признаком, чрезвычайно важным при

отграничении такого рода болезненных состояний от внешне сходных, например при необходимости дифференциальной диагностики между симптоматической посттравматической и истинной эпилепсией. Она обнаруживается при патопсихологическом исследовании памяти, внимания, интеллектуальной работоспособности и мыслительной деятельности. Исследующий не может ограничиться тем, что определяет наличие повышенной истощаемости в одном из перечисленных видов деятельности больного в ситуации исследования; он должен дать достаточно полную характеристику истощаемости в соответствии с приведенной типологией. Истощаемость больше выражена в период, непосредственно следующий за начальной и острой стадиями, когда, по данным Б. В. Зейгарник, еще четко не определился характер нарушений психических функций,— пойдут они по регрессивному или прогредиентному типу, что свидетельствует о динамичности самого нарушения. Истощаемость психических функций обнаруживается и в достаточно отдаленный период черепно-мозговой травмы, усиливаясь с присоединением патосинергических факторов, интеркуррентной соматической патологии.

Обнаружение истощаемости, ее качественная характеристика и определение степени выраженности могут иметь важное экспертное значение, способствовать уточнению нозологической диагностики и индивидуального прогноза. О. Г. Виленский (1971) отмечает, что патопсихологическое исследование помогает уточнить не только характер клинической симптоматики, но и функциональный диагноз посттравматических состояний и даже имеет в ряде случаев, решающее значение в определении степени утраты трудоспособности. С этой целью исследование у лиц, перенесших черепно-мозговую травму, автор производил с помощью специального набора мето^A дик (заучивание 10 слов, таблицы Крепелина, метод совмещения по В. М. Когану, таблицы Шульте). Все эти методики применялись для анализа колебаний уровня достижений при осуществлении длительной деятельности. Таким образом, в эксперименте создавалась, ситуация, способствующая выявлению истощаемости и определению устойчивости модуса деятельности. В результате исследований О. Г. Виленским установлено, что общими особенностями динамики деятельности при посттравматических астенических состояниях являются кратковременные врабатываемость и упражняемость, быстро сменяющиеся утомлением. По нашим наблюдениям, соотношения между врабатываемостью и упражняемостью, с одной стороны, и истощаемостью — с другой, зависят от степени выраженности травматического поражения, посттравматической энцефалопатии. Чем больше выражены энцефалопатические изменения, тем менее значительны проявлеяия врабатывамости. Такой же параллелизм можно установить и между степенью интеллектуального снижения и нивелированием врабатываемости.

Выраженное травматическое слабоумие встречается не так уж часто. По данным А. Л. Лещинского (1943), травматическое слабоумие определялось у 3 из 100 лиц, перенесших черепно-мозговую' травму, по Л. И. Ушаковой (1960),—у 9 из 176. Н. Г. Шумский (1983) указывает, что травматическое слабоумие среди расстройств отдаленного периода составляет 3—5 %.

Если не считать случаев развития травматического слабоумия по патосинергическим механизмам, оно чаще является следствием тяжелых контузий мозга с переломом основания черепа и открытых черепно-мозговых травм. Р. С. Повицкая (1948) установила, что при закрытой травме головы преимущественно страдают лобные и лобно-височные отделы коры большого мозга. В результате этого нарушается деятельность наиболее дифференцированных и позже сформированных в генетическом отношении систем головного мозга. По мнению К). Д. Арбатского (1971), патология этих же отделов головного мозга имеет большое значение в формировании посттравматической деменции.

Клинические проявления посттравматической деменции достаточно разнообразны: можно выделять варианты, оформляющиеся по типу простого слабоумия, псевдопаралича,

параноядного слабоумия, характеризующиеся преимущественно аффективно-личностными нарушениями. В. Л. Пивоварова выделяет 2 основных варианта синдромов посттравматического слабоумия: простое травматическое слабоумие с упорядоченностью поведения при наличии некоторой аффективной неустойчивости; психопатоподобный синдром (сложный вариант слабоумия), при котором наблюдаются расторможенность влечений, истерические проявления, иногда — эйфория, дурашливость, повышенная самооценка.

В связи с этим в психологической диагностике посттравматического органического синдрома важное значение приобретают исследования личности. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы чаще всего отмечается выраженными характерологическими изменениями при незначительном или умеренном снижении интеллектуально-мнестической деятельности (характеропатический вариант органического психосиндрома по Т. Bilikiewicz, 1960).

В ситуации исследования эти больные чаще всего обнаруживают выраженную аффективную лабильность (с ней в известной мере Б. В. Зейгарник связывает и истощаемость психических процессов). Личностные проявления у больных, перенесших в прошлом черепно-мозговую травму, отличаются большим разнообразием не только по клинической картине, но и по данным патопсихологического исследования. Повышенный нейротизм сочетается с интроверсией, но чаще с экстраверсией. При исследовании по методике Дембо — Рубинштейн чаще всего отмечается полюсная самооценка — максимально низкая по шкалам здоровья и счастья, максимально высокая по шкале характера. На самооценку больного накладывает отпечаток выраженная аффективная лабильность, крайне легко возникает самооценка ситуационно-депрессивного типа, особенно по шкале настроения. При псевдопаралитическом варианте слабоумия самооценка носит эйфорически-анозогнозический характер. В известной мере клиническим проявлениям соответствует характерный для больного уровень притязаний. Так, при неврозо- и психопатоподобных проявлениях в клинической картине чаще всего наблюдается большая хрупкость уровня притязаний, при псевдопаралитических явлениях — ригидный тип уровня притязаний, не корригируемого уровнем истинных достижений.

Исследование особенностей личности по ММР1 мы производили при относительной интеллектуальной сохранности больных. Это исследование выявляло повышение истощаемости и быстрое наступление пресыщаемости. Какой-либо специфики, обусловленной черепно-мозговой травмой, при этом мы не обнаруживали. Главным образом устанавливались особенности отношения больного к самому факту исследования и синдромологически определялись присущие ему личностные изменения в виде ипохондрических, гипотими-ческих, психопатоподобных состояний и т. п. Сходные данные получены нами и с помощью опросника Шмишека — часто отмечался сочетанный тип акцентуации. На фоне высокого среднего показателя акцентуации выделялись особенно высокие показатели по шкалам дистимии, возбудимости, аффективной лабильности, демонстративности.

АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголизм является экзогенным психическим заболеванием (токсикоманией), которое при постоянном или рецидивирующем течении приводит к формированию прогредиентного органического психосиндрома и алкогольной деградации личности. Разделение органического психосиндрома и личностного ущерба при алкоголизме носит условный характер, эти два психопатологических синдрома тесно переплетены, их проявления опосредованно отражают роль как биологических, так и социальных факторов. Разделение этих признаков носит в основном прагматический характер, а в некоторых случаях отражает некоторую диссоциацию в степени их выраженности.

Из этого должен исходить патопсихолог, сопоставляя получаемые им данные с клинической характеристикой стадии заболевания.

Различают три стадии алкоголизма.

II — начальная стадия характеризуется психической зависимостью от алкоголя, нарастанием толерантности к спиртному, появлением палимпсестов, проявляющихся в частичном запамятовании отдельных событий и своего поведения в состоянии опьянения. В этой стадии совершается переход от эпизодического пьянства к систематическому.

II — развернутая стадия характеризуется неудержимым, компульсивным влечением к алкоголю. Толерантность к алкоголю достигает максимума. Формируется абстинентный синдром. Появляется и физическая зависимость от алкоголя. Отмечаются выраженные нарушения сна. Возможны алкогольные психозы.

III — конечная стадия характеризуется снижением толерантности к алкоголю и преобладанием физической зависимости от него по сравнению с психической. Наибольшей выраженности достигают психические проявления абстинентного синдрома. Алкогольные психозы часты и обнаруживают тенденцию к протрагированному течению.

Понятие алкогольной деградации относится не только к заключительной стадии алкоголизма. Ее первые проявления наблюдаются в начале заболевания, а с течением алкоголизма они приобретают все более прогредиентный и необратимый характер.

В I стадии у больных алкоголизмом обнаруживаются изменения в протекании познавательных процессов. Это главным образом относится к ослаблению памяти. Вначале более явным оказывается снижение удержания в памяти, а затем запоминания. Ассоциативная память страдает обычно при наличии алкогольного слабоумия. Недостаточность механического запоминания (несмысловые звукосочетания) опережает ослабление логически-смысловой памяти.

Нарушения памяти во многом зависят от недостаточности внимания, его сосредоточения и особенно устойчивости. Во многом их характер определяется преобладанием в клинике функциональных или органически-деструктивных компонентов. Это находит отражение в характере кривой запоминания 10 слов: в I и II стадиях алкоголизма она зигзагообразная, на фоне удовлетворительных достижений мнестической функции отмечаются ее спады; в III стадии кривая запоминания носят торпидный, инертный характер и отличается крайне невысоким уровнем достижений. Такая динамика расстройств памяти отражает формирование органического психосиндрома.

Представляет интерес изучение явлений обратимости мнестической недостаточности на разных стадиях болезни, предпринятое В. А. Худиком (1980, 1983). Снижение интеллектуально-мнестической деятельности у больных алкоголизмом автор изучал в момент поступления больного б стационар, после проведенного противоалкогольного лечения (через 45 дней), в условиях терапевтических ремиссий и рецидивов алкоголизма на протяжении 3 лет. В процессе лечения некоторое улучшение показателей мнестической деятельности наступало главным образом у больных в начальной стадии алкоголизма, при выраженной алкогольной деградации в

процессе лечения показатели памяти улучшались мало и не достигали нормальных величин (рис. 28).

Такая же динамика отмечалась и при исследовании интеллектуальной работоспособности по методике Крепелина: с прогрессированием заболевания снижалась продуктивность выполнения больными задания, кривая уровня достижений носила все более торпидный характер (рис. 29), что отражает смену гиперстенической алкогольной церебрастении гипостенической формой.

Повышение показателей памяти, внимания, работоспособности, происходящее в связи с проведенным курсом лечения, отражает общее улучшение психической деятельности, что во многом зависит от уменьшения выраженности функциональных компонентов, участвующих в созда'вии картины недостаточности познавательной деятельности в начальной стадии заболевания. В значительной мере улучшение этих показателей связано и с изменением в результате проведенного лечения отношения больного к ситуации исследования, повышением его активности и стремлением показать лучшие результаты.

Для характеристики психического дефекта при алкоголизме важную роль играет определение степени выраженности и типа личностных изменений. Информативный материал дают экспериментальные методики: личностный опросник Айзенка, исследование самооценки по Дембо — Рубинштейн, а также наблюдение за больными в ситуации исследования, изучение присущего им уровня притязаний. В методику Дембо — Рубинштейн для исследования больных алкоголизмом мы добавили шкалы «настроение», «семейное благополучие», «служебная карьера», «контактность (синтонность)», «отношение к алкоголю».

С помощью полученных результатов по патопсихологическим показателям можно выделить 4 основных типа личности больных алкоголизмом.

I — интровертированно-нейротический (неврозоподобный) тип. Этим больным присуще значительное увеличение показателя по шкале нейротизма, выраженная интровертированность, ситуационно-депрессивная самооценка со склонностью к самообвинению, нестойкость, хрупкость уровня притязаний. Возникновение неврозо-подобных проявлений связано как с интоксикацией и ее астенизи-рующим влиянием, так и с реакцией больного на изменение его социального статуса и присущей ему системы отношений при известной сохранности критичности к своему состоянию и пессимистическими прогностическими установками, присущими ему вне состояний опьянения. Здесь существенную роль играет и усиление преморбидных личностных свойств больного.

II — экстравертированно-нейротический (психопатоподобный) тип характеризуется выраженной экстравертированностью, высоким показателем нейротизма. Здесь также часты неадекватные ситуации личностные реакции. Личностные изменения более стабильны и носят характер стойких аномальных поведенческих реакций. Хрупкость уровня притязаний в эксперименте сочетается с повышенной раздражительностью. При исследовании самооценки по Дембо — Рубинштейя отсутствуют мотивы самообвинения, интерпретации самооценки сводятся к отысканию и порицанию фрустрирующих факторов вне больного и его жизнедеятельности. При этом типе личностных изменений в процессе исследования самооценки обнаруживаются своеобразные проявления механизма психологической защиты, сводящиеся к клише «все пьют» и «я не такой уж пьяница».

Клинически типы психопатоподобного поведения чаще всего оформляются как астенический, истерический, эксплозивный и апатический синдромы (А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1971). Однако апатический синдром скорее следует рассматривать как проявление стадии более глубокого поражения личности.

Экстравертированность таких больных выступает при клиническом наблюдении и легко выявляется при специально построенном патопсихологическом исследовании (Т. К. Чернаенко,

1970). Достаточно четко экстравертированность обнаруживается при исследовании по методике Айзенка. При этом она сочетается с высоким нейротизмом и повышенной коммуникативностью (по данным самооценки по Дембо — Рубинштейн). В то же время следует отметить, что экстравертированность больного алкоголизмом необычна, она не только чрезмерна, как об этом пишет Т. К. Чернаенко, но и изменена качественно, носит патологический характер в связи с присущими этим больным изменениями системы потребностей и мотивов.

Описанные выше два типа личностных изменений при алкоголизме выделяют большинство исследователей, использовавших с этой целью метод MMPI (К. В. Борисова, 1971; Л.Н.Собчик, В. С. Гребенников, 1971; Е. С. Меньшикова, 1980, 1981; D. M. Donovan, E. F. Chaney, M. K. O'Leary, 1978). При неврозоподобном варианте в профиле личности преобладает подъем по шкалам невротическим и тревоги, при психопатоподобном — по шкалам психопатии и депресии.

III — экстравертированно-анозогнозический тип. Здесь экстраверсия становится малосодержательной, побудительным стимулом для экстравертированно оформленных личностных реакций оказываются совершенно несущественные факторы окружающей действительности. На первый план выступают алкогольная анозогнозия, беспечное отношение к своему настоящему состоянию и к будущему. Самооценка становится грубо неадекватной. Особенно выражены механизмы психологической защиты, приобретающие явно патологический характер и заключающиеся в безоговорочной тенденции самооправдания. Сама попытка окружающих усомниться в здоровье больного представляется ему неправомерной: «Непьющих я не встречал», «Были ссоры дома, у кого не бывает, но вообще и на работе, и дома все нормально» (больной Ш., нанесший в состоянии опьянения жене ножевые ранения), «Я совсем рядом с самыми благополучными», «Когда выпью, спать ложусь, ни с кем не ругаюсь» и т. д. Самооценка этих больных нередко очень противоречива, все они характеризуют себя как людей с выраженной синтонностью, но в то же время при исследовании опросником Шмишека отмечают у себя эксплозивность, возбудимость, аффективную лабильность.

В механизмах психологической защиты больных алкоголизмом Ю. Е. Рахальский (1977) выделяет две стороны: «внутренняя» объясняется первичными изменениями критичности, эмоциональности, воли; «внешняя» связана с влиянием группы — компании алкоголиков, с принятой в ней аргументацией, оценочными стереотипами.

Б. С. Братусь (1974) видит в «объяснениях» больных алкоголизмом не только проявления защитных личностных механизмов. Основную причину их он усматривает в присущих этим больным изменениях мотивационной сферы. Алкоголь в глазах больного воспринимается уже не только как средство, удовлетворяющее его личные потребности, но и как средство, необходимое для удовлетворения определенных потребностей всех людей. Поэтому к оправданиям больной алкоголизмом прибегает обычно при особых обстоятельствах после эксцессов или в связи с госпитализацией, а в остальном его позиция относительно употребления спиртных напитков носит скорее наступательный характер. Это проявление характерных для больных алкоголизмом нарушений иерархии мотивов и потребностей.

С механизмами патологической психологической защиты, несомненно, связан своеобразный алкогольный юмор — плоский, грубый, циничный. Явления алкогольного юмора, характерной для этих больных бравады, обнаруживаются в целенаправленной беседе с ними, но еще легче они выявляются при исследовании самооценки по Дембо — Рубинштейн, иногда — с помощью методики ТАТ.

Больной С. (II стадия алкоголизма) описывает картину ТАТ, на которой изображен профиль человека в оконном проеме, следующим образом: «Студент К. Имел одну небольшую слабинку — любил выпить. Обычно он делал это не в общежитии. Единственным неудобством таких гулянок было то, что возвращаться надо было через окно, чтобы не попадаться сварливой вахтерше. Вот и сегодня студент К. не изменил своей привычке. Вдобавок ему еще и повезло—

на этот раз окно было открыто. «Вот хорошо» — подумал студент К. Залез на окно, кровать была рядом...».

Здесь, помимо проявлений алкогольного юмора, обращает на себя внимание своеобразная агрессивная позиция рассказчика, его явное пренебрежение к лицам, мешающим пьянствовать, тенденция показать конфликт со средой как проявление недостаточно обоснованной агрессии со стороны представителей среды, стремление уйти от конфликтной ситуации, обойти ее, уклонение от решения проблемы.

В юморе алкоголиков, как и в приведенном примере, часто виден элемент агрессивности, направленной против окружающих. Этому явлению придает большое значение, в частности при различении благодушия больных алкоголизмом и лиц, страдающих органической патологией лобных отделов головного мозга, Б. С. Братусь (1974). Именно компонент агрессивности, по Б. С. Братусю, придает алкогольному юмору мрачный характер. Высмеиваются близкие, сослуживцы, друзья, нередко перед случайным слушателем беззастенчиво обнажаются интимные моменты семейной жизни больного. Более того, Б. С. Братусь отмечает, что больные алкоголизмом вовсе не обладают развитым чувством юмора. С углублением алкогольной деградации личности они испытывают все большие затруднения при необходимости понять смысл юмористического рисунка, шутку. Смешным в их глазах становится то, что не представляется смешным здоровому, и высмеивание этого «смешного» носит все более злой характер.

При исследовании алкогольного психического дефекта большое значение приобретает оценка сохранности у больного критичности. Критичность, которая С. Л. Рубинштейном (1946) рассматривалась как вершинное образование личности, в патопсихологии расценивается как важный критерий оценки психической деятельности (Б. В. Зейгарник, 1962, 1969; И. И. Кожуховская, 1972, 1974). По Б. В. Зейгарник (1968), критичность является фактором, свидетельствующим о личностной сохранности больных. Различают (И. И. Кожуховская, 1972) три аспекта критичности: к своим суждениям, действиям и высказываниям; к себе, к оценке своей личности; к своим психопатологическим переживаниям. Это деление критичности на различные виды в известной мере условно, например оценка своей личности, несомненно, требует сохранности критичности к своим суждениям и т. п. Признавая взаимосвязанность перечисленных видов критичности, в условиях исследования и при подготовке заключения патопсихолог использует эти категории для уточнения характера преимущественного нарушения критичности.

Характерные для алкоголизма изменения критичности проявляются в нарушениях критичности в мыслительной деятельности, обнаруживаемых с помощью предложенной нами совместно с В. А. Худиком (1982) методики, улавливающей затруднения больного в проверке и исправлении результатов своей деятельности и при анализе самооценки. С этой целью В. А. Худик (1983) самооценку больных алкоголизмом сопоставлял с объективной оценкой по тем же показателям, производимой родственниками и близкими больного. Расхождения в самооценке и объективной оценке при использовании опросника Айзенка и методики Дембо — Рубинштейн увеличивались по мере нарастания психического дефекта. Установлено, что в течения заболевания нарушения самооценки выявляются раньше, чем расстройства критичности в познавательной деятельности, еще до сформирования выраженного алкогольного слабоумия. Нарушения критичности — важный объективный критерий алкогольной деградации.

IV — апатически-интровертированный тип является выражением грубой алкогольной деградации личности и характеризуется аспонтанностыо в сочетании с «пустой» интровертированностью, свидетельствующей об утрате социальных контактов, об уходе от реальной действительности, о совершенном отсутствии интереса к происходящему.

Предлагаемая здесь систематика типов личностных изменений при алкоголизме не может, как и всякая другая, претендовать на исчерпывающий характер. Однако, учитывая то, что

выделенные типы личностных изменений отражают картину алкогольной психической деградации не столько в поперечном сечении, сколько в динамике, они могут способствовать определению стадии заболевания, степени и характера психического дефекта. Установление типа личностных изменений может быть использовано для психотерапевтической и реабилитационной работы, включающей и психокоррекционные занятия, проводимые психологом.

Для получения объективного представления о больном патопсихолог сопоставляет обнаруженные у него личностные изменения с данными об интеллектуально-мнестическом уровне. Динамика этого уровня — от незначительных и в известной мере обратимых нарушений памяти и отдельных корригируемых в процессе исследования ошибочных суждений по типу недостаточной последовательности до грубых проявлений алкогольного слабоумия с нарушениями критичности в мыслительной деятельности — характеризует степень выраженности органически-деструктивных изменений в головном мозге.

Патопсихологических исследований при алкогольных психозах проводится мало. Такого рода исследование было предпринято в нашей лаборатории у больных с алкогольным делирием (И. Б. Омелаенко, 1983). Для исследования использован как наиболее адекватный поставленной задаче метод Роршаха. Прослежена четкая динамика перцепции при сравнении показателей, получаемых с помощью метода Роршаха, на различных стадиях белой горячки. В частности, на высоте психоза обнаруживались грубые расстройства восприятия — оптико-гностические, цветоощущения, снижение аналитико-синтетических возможностей, хаотичность восприятия, элементы персеверации и конфабуляции. В сфере личностных особенностей отмечался сдвиг к интроверсии, импульсивная, неуправляемая аффективность. Интерпретация изображений сводилась к алкогольной тематике, отмечался угрожающий характер воспринимаемых больным образов. По выходе из белой горячки на фоне восстановления перцептивной деятельности обнаруживались остаточные явления психоза (затруднения цветоощущения, явления неадекватного аффективного синтеза), отмечался сдвиг в сторону экстратенсии.

ОЛИГОФРЕНИЯ

Под олигофренией понимают группу заболеваний различной этиологии, общим и типичным для которых является психическое недоразвитие. В первую очередь это проявляется в интеллектуальной недостаточности и характеризуется синдромом относительно стабильного, не прогрессирующего слабоумия. Однако интеллектуальная недостаточность не исчерпывает всей картины олигофрении. У олигофренов отмечается недоразвитие и других свойств — эмоциональности, моторики, восприятия, внимания.

Олигофреническое слабоумие отличается от слабоумия вследствие приобретенных в зрелом или пожилом возрасте органических заболеваний головного мозга. При последних происходит распад уже имевшихся психических свойств, а при олигофрении эти свойства не развиваются. В первую очередь это относится к наиболее поздним в филогенетическом отношении проявлениям психической деятельности. Так, для олигофренов характерно недоразвитие, недостаточность понятийного, абстрактного мышления. Мышление олигофренов носит преимущественно конкретный характер. Эта особенность олигофренического мышления различно выражена у разных больных и прямо связана с глубиной слабоумия.

Обычно объектом патопсихологического исследования оказываются дебилы. Имбецилы и идиоты специальным патопсихологическим исследованиям, как правило, не подвергаются. При обследовании дебилов важно не только установить факт интеллектуального недоразвития, но и определить глубину его. Особенно часто этого требуют вопросы судебно-психиатрической и военной экспертизы.

Мышление олигофренов характеризуется недостаточностью уровня процессов обобщения

и отвлечения. Суждения больных при решении экспериментальных заданий носят конкретно-ситуационный характер. Они не могут отвлечься от конкретных, частных признаков и выделить существенные признаки, т. е. недостаточным оказывается абстрагирование, возможность образования новых понятий.

Эти особенности олигофренического мышления явственно выделяются при исследовании рядом методик, особенно — классификации. В одну группу объединяются предметы, которые в представлении больного связаны с определенной, конкретной ситуацией. Так, легко объединяются в одну группу предметы мебели, но нередко к ним обследуемые относят и чернильницу («она на столе стоит»), книгу («раз этажерка здесь, значит и книгу сюда надо»). Крайне трудно для дебилов образование групп по более абстрактным признакам, например, выделение измерительных приборов. Еще более трудным представляется следующий этап классификации, требующий объединения ряда групп в более крупные, собирательные, когда приходится объединить отдельно живые существа, отдельно — растения, отдельно — неживые предметы. Обследуемые в этих случаях считают невозможным объединение в одну группу мебели, транспорта и инструментов, не понимают, как можно объединить вместе животных и людей.

Аналогичные данные получают при исследовании методикой исключения. Здесь также решения заданий носят конкретный характер, опираются на выделение часто второстепенных, ситуационных связей. Так, объединяются в одну группу портфель, чемодан и книга («книгу можно носить в портфеле и чемодане», «школьники пользуются либо портфелями либо чемоданами — носят в них учебники»). Некоторые задания вообще представляются обследуемым невыполнимыми. Так, о весах, очках, термометре и часах испытуемые говорят, что они все разные и среди них нельзя выделить три предмета, имеющие что-то общее.

Недостаточность уровня процессов обобщения и отвлечения у дебилов в эксперименте выявляется при исследовании возможности определения понятий. Как правило, определение понятий проводится многословно, на основе второстепенных, несущественных признаков. Так, определяя понятие «стол», больные характеризуют его по материалу, из которого он сделан, по наличию четырех ножек, в лучшем случае по предназначению («чтоб кушать или писать»), но никогда не указывают его родовых признаков.

Характерные данные получают обычно при обследовании дебилов методикой сравнения понятий. Если различие между понятиями обследуемому еще удается установить (по внешним малосущественным признакам), то общее между ними они выделить не могут. Например, больной Ш., сравнивая стол и стул, говорит: «Нет ничего между ними общего, это разные вещи. А разница в том, что стол большой, а стул маленький. На стуле сидят, на столе пишут». При сравнении лошади и собаки: «Не знаю, что между ними общего. Лошадь кушает сено и на ней ездят, а собака ест мясо и на ней не ездят». При сравнении дождя и снега: «Что же общего?» Это разные вещи. Дождь льет как из ведра, а снег пухом белым летит».

При исследовании методикой исключения дебилы также легко выполняют задания, если инструкция предусматривает исключить один, отличный от других, предмет, чем при необходимости указать три предмета, имеющих между собой что-то общее.

С. И. Храмцова (1965), проводившая исследования методикой сравнения понятия у детей-олигофренов, обнаружила у них, помимо неспособности выделить главные черты понятий и соотнести их с обобщающим понятием, следующее: сравнение проводится по несоответствующим признакам: лыжи — коньки («Коньки острые, а лыжи деревянные), недостаточно полное представление о вещах, измышления, свидетельствующие о скудости сведений: лошадь — корова («Лошадь бегает, а корова мычит. Корова дает молоко, а лошадь сено. Корова пасется, а лошадь нет»).

У дебилов значительно затруднено формирование искусственных понятий. Так, при исследовании по методике А. Ф. Говорковой (1962) они могут отдельно выделить признаки, на

основе которых формируется искусственное понятие,— форму, цвет. Но объединить оба эти признака и на этой основе выделить искусственное понятие они не могут. Такие же затруднения испытывают обследуемые олигофрены при классификации цветных фигур. Они проводят классификацию по отдельным признакам — форме, цвету и (с несколько большими затруднениями) величине, но провести классификацию по двум признакам (например, по форме и цвету) они не могут, так как для этого надо объединить два признака и игнорировать третий.

При необходимости выделения существенных признаков дебилы нередко в качестве их выделяют второстепенные, необязательные. В ряде заданий решение обусловлено привычными ассоциациями: деление — класс, игра — карты.

Ошибки при образовании аналогий у дебилов обусловлены не только трудностью установления логических отношений, но и известной инертностью психических процессов: последующее задание больной пытается решить по принципу предыдущей аналогии.

Образование пиктограмм оказывается возможным лишь при конкретном характере называемого для запоминания слова («вкусный ужин», «тяжелая работа»). Крайне трудными для опосредования являются абстрактные понятия («печаль», «развитие», «сомнение»).

У дебилов отмечается нарушение понимания переносного смысла пословиц и метафор. Иногда, наряду с пословицами и метафорами, переносного смысла которых больной обследуемый не понимает, могут быть отдельные, доступные ему, пословицы. Это определяется в значительной мере меньшей степенью их абстрактности и прежним опытом больного.

Иногда дебил, даже понимая переносный смысл пословицы, не соглашается с ней, так как возможны отдельные ситуации, как бы опровергающие пословицу. Отвлечение от этих конкретных ситуаций для олигофренов крайне затруднительно.

Споря со смыслом пословицы, обследуемые дебилы в ряде случаев обнаруживают проявления своеобразного «пустого» резонерства. Его характеризует выраженная претенциозно-оценочная позиция обследуемого, стремление поучать при крайне скудном запасе знаний, ригидная личностная установка. Такое резонерство является компенсаторным, цель его — утверждение своего престижа в глазах окружающих.

При предъявлении обследуемому пословицы недостаточно фиксировать в протоколе непонимание им ее переносного смысла. Следует обязательно убедиться, что это не обусловлено затруднениями в формулировании дебилом своей мысли. С этой целью проверяется, насколько смысл пословицы оказывается доступным обследуемому при воссоздании определенного контекста, конкретной ситуации. Этот прием полезен при установлении степени дебильности.

Иногда дебилы не могут объяснить переносный смысл пословиц, но правильно подбирают к ним фразы из числа предъявленных исследующим. В этом варианте исследования фразы, которые больной должен отнести к соответствующим пословицам, служат как бы подсказкой, облегчают его задачу. Обнаружение этого явления свидетельствует о том, что перед нами больной с умеренной, чаще легкой степенью дебильности, поскольку при выраженной дебильности этот вариант методики оказывается для больных более трудным, чем просто объяснение значения пословицы.

Для дебилов затруднено понимание смысла рассказов сюжетных рисунков. При глубокой дебильности больные вовсе не понимают их смысла, при легкой степени — поверхностно пересказывают рассказ или описываемый рисунок, не проникая в заключенный в нем смысл. Так, больной В., после подробного, близкого к тексту, пересказа «Колумбова яйца», заявляет: «Ничего особенного здесь нет. Он хотел доказать, что яйцо может стоять на столе, на плоской поверхности».

Еще более трудным для дебилов оказывается установление последовательности событий по серии рисунков. При глубокой дебильности обследуемые не в состоянии установить развитие сюжета даже по весьма несложной серии рисунков. Они раскладывают рисунки в случайном порядке и описывают каждый отдельно. Причем описание нередко сводится к простому

перечислению деталей. Иногда обследуемые в общих чертах улавливают сюжет, но отдельные рисунки они помещают неправильно. Так, поняв, что на рисунках изображено бегство мальчика от волков, обследуемый первый рисунок помещает в конце серии: «Мальчика сняли с дерева, волков прогнали и он опять пошел в школу». Разумеется, при легкой степени дебильности такие задания испытуемым выполняются без особого труда, но уже некоторое усложнение выявляет их несостоятельность. Явственно обнаруживается несостоятельность таких больных при предъявлении серий рисунков Бидструпа, особенно когда последний рисунок серии объясняет смысл предыдущих. Дебилам не удается такого рода ретроспективный перенос.

Вот как описывается дебилом одна из серий рисунков: «Идет мужчина. Там коровы пасутся. Дерево стоит. Солнышко ярко светит. Вдалеке дома виднеются. Ему жарко стало. Повесил он на дерево пиджак и шляпу. Разул ботинки и лег спать. Что-то хорошее ему снилось. Он спит и смеется-смеется. А потом проснулся. А потом к нему корова подошла и стала лизать ему ноги — он ведь был босиком». Этот же больной следующим образом передает содержание серии рисунков Бидструпа «Индивидуальность»: «Идет мужчина. Как будто на работу. Навстречу ему идут трое .мужчин. А вот он уже пришел с работы домой, заросший. Стоит около умывальника и смотрит в зеркало. Через некоторое время у него выросла борода и, когда он с ней пришел на работу, все сотрудники удивлялись и смеялись. А потом они все начали отращивать бороды и усы. Он, наверно, сказал, что такая мода пошла. Потом он побрился, постригся. Захотелось ему так. А все смотрят на него, удивляются: «Чего он сбрил бороду?» И тогда удивлялись, когда он отпустил бороду, и сейчас удивляются».

Крайне обстоятельно пересказывая отдельные рисунки, обследуемый все же не уловил основного — желание изображаемого на них человека быть оригинальным.

Чем глубже выражена дебильность, тем беднее оказывается лексикон больного. Однако имеются описания дебилов, оперирующих при довольно быстром темпе речи кажущимся относительно большим словарным запасом (О. Е. Фрейеров, 1964; Г. Е. Сухарева, 1965). Анализ речевой продукции показывает, что за многословием этих больных скрывается в самом деле довольно бедный словарный запас — речь их изобилует штампами, часто неверно употребляются слова («пустая словесная абстракция», по Г. *Я.* Трошину).Это легко установить исследованием по методике подбора антонимов, когда проверяется не только словарный запас, но и соответствие слов определенному содержанию.

О некоторых особенностях личности олигофренов позволяют судить исследования уровня притязаний. Обычно у здоровых обследуемых на выбор последующего задания влияет успех или неудача в решении выполняемого в настоящее время. У олигофренов такая самооценка в процессе исследования не вырабатывается (Л. В. Викулова, 1965). Они совершенно бездумно берут попавшуюся под руку карточку и не проявляют какой-либо эмоциональной реакции на неудачу в выполнении задания. У олигофренов с менее глубокой степенью дебильности уровень притязаний вырабатывается к концу исследования: вначале они совершенно не соотносят выбор сложности последующего задания с успехом или неудачей в решении настоящего задания и лишь в конце опыта начинают при успехе брать более трудные, а при неудаче — более легкие задания.

Нередко у олигофренов оказываются нарушенными внимание, восприятие, память. Внимание, особенно произвольное, отличается узким объемом. В пробе на запоминание такой больной называет, например, 4 слова. Ему повторно зачитывают все подлежащие запоминанию слова. После этого больной называет уже другие 4 слова, но не может вспомнить называвшиеся им прежде слова. Внимание с трудом переключается с одного вида деятельности на другой, неустойчиво.

При выраженной дебильности восприятие недоразвитое, недостаточно четкое. Это относится к восприятию зрительных образов, когда обследуемые путают изображения похожих предметов, плохо различают цвета. При показе картинок дебилам трудно уловить целостное

содержание, и поэтому они перечисляют отдельные детали рисунка.

Выраженность ослабления памяти часто соответствует степени слабоумия. Чем глубже дебильность, тем более заметна недостаточность памяти. Подтверждением этого служат данные, получаемые при исследовании дебилов методикой заучивания 10 слов. Представляет интерес соотношение между механической и логической памятью. При легкой дебильности нет существенной разницы между показателями, характеризующими оба вида памяти. Зато при выраженной дебильности механическая память страдает меньше. Глубоким дебилам опосредованное заучивание представляется очень трудным, а пробы на ассоциативную память дается труднее, чем заучивание 10 слов; ассоциации в парах слов этими больными не улавливаются, и поэтому задание оказывается для них большим по объему (содержит 20 слов). Эта методика может быть использована в тех случаях, когда надо решить вопросе глубине интеллектуально-мнестической недостаточности, что имеет большое практическое значение, в первую очередь для экспертизы. Решается этот вопрос лишь при всестороннем исследовании с привлечением как можно большего числа методик. Кроме того, различные методики с этой целью должны использоваться в нескольких вариантах — от более легких к более трудным. Существенное значение приобретает попытка исследующего корригировать суждения обследуемого. Возможность коррекции свидетельствует о более легкой степени дебильности.

В этом плане может оказаться полезным исследование по методике обучающего эксперимента (А. *Я.* Иванова, 1965, 1971), при котором внимание патопсихолога направлено в основном на определение эффективности подсказки в процессе исследования. В основе исследования лежит положение Л. С. Выготского (1934) о зоне ближайшего развития, характеризующей возможности умственного развития ребенка и определяющейся переходом от того, что он умеет делать самостоятельно, к тому, что он в состоянии выполнить с помощью обследующего. В сущности, исследование уровня обобщения и отвлечения с помощью большинства патопсихологических методик содержит элементы обучающего эксперимента.

Возможность перенесения обследуемым уже усвоенного опыта на выполнение аналогичных заданий приобретает особое значение в установлении степени выраженности дебильности. Возможность перенесения усвоенного опыта определяется с помощью самых различных методик. Например, обследуемому предлагается сравнить понятие «стул» и «стол». При этом обнаруживается, что он не может сам определить их сходство. Исследующий подсказывает ему, что сравниваемые понятия являются предметами мебели. Сама подсказка здесь может носить многоступенчатый характер: вначале менее конкретный, и лищь при безуспешности ее обследующий спрашивает больного, в каких магазинах продаются сравниваемые предметы. Таким образом, обследуемому объясняется принцип нахождения общего между парой понятий. На следующем этапе исследования обследуемому предлагают для сравнения понятия «платье» и «пальто». Подсказка при этом носит такой характер: «Что общего между ними? Это тоже предметы мебели?» В последующем пары понятий объединяются по более абстрактному признаку (осадки, времена года, части суток). Таким образом, определяется, насколько обследуемый обучаем в ситуации исследования и способен к абстрагированию.

Для патопсихологической диагностики дебильности нельзя ограничиваться вербальными методиками, особенно связанными с уровнем общеобразовательных знаний. При таком проведении исследования за дебильность можно принять случаи педагогической запущенности. Исследование обязательно должно включать невербальные методики, в значительно меньшей мере опирающиеся на общеобразовательную подготовку обследуемого (кубики Кооса, субтесты «цифровые символы», «недостающие детали», «сложение фигур» по Векслеру, проба на комбинаторику А. Н. Бернштейна).

В. И. Лубовский (1981), подчеркивая известную неопределенность и противоречивость в понимании различными исследователями понятия «невербальные методики», склонен относить к ним в соответствии с точкой зрения A. Anastasi (1961), тесты деятельности и тесты, не

требующие чтения, хотя их использование включает общение обследуемого с экспериментатором и словесную инструкцию. Понимая таким образом невербальные методики, В. И. Лубовский анализирует данные экспериментальных исследований, проведенных Г. Б. Шаумаровым (1980). С помощью детского варианта теста Векслера в адаптации Ю. А. Панасюка (1977) проведено исследование у 2 групп детей — с задержкой психического развития и умственно отсталых. В дифференциальной диагностике наиболее значимыми оказались именно невербальные субтесты шкалы Векслера. Сопоставлению результатов по вербальным и невербальным субтестам у обследуемых обеих групп автор придает не только диагностическое, но и прогностическое значение. Дифференциально-диагностическое и прогностическое значение невербальных заданий, по В. И. Лубовскому, можно усилить применением однотипных заданий разной сложности, что позволило бы учитывать помощь исследующего, подсказку. Следовательно, речь идет о введении в эти невербальные задания принципа обучающего эксперимента.

Обнаружение дебильности может играть роль не только в экспертной практике, но и при решении вопросов психиатрической дифференциальной диагностики.

Больной К., 37 лет, поступил в психиатрический стационар в связи с возникшим у него вербальным галлюцинозом и с предположительным диагнозом шизофрении. Галлюцинации прошли уже на второй день, однако рассудительное отношение к ним отсутствовало. Больной рассказывал о них с недоумением и отмечал, что они были приятны ему — успокаивали, утешали. При расспросе удалось выяснить, что появлению обманов слуха предшествовала психогения, больной волновался из-за того, что его подросток-сын не пришел ночевать домой. При патопсихологическом исследовании характерные для шизофрении расстройства мышления и аффективно-личностной сферы не были обнаружены, но были отмечены легкая недостаточность памяти, неустойчивость активного внимания, повышенная внушаемость, явления умеренно выраженной недостаточности уровня обобщения и отвлечения с тенденцией к конкретности суждений, излишней обстоятельности. При сравнении понятий недостаточность синтеза превалировала над слабостью анализа, до известной степени обследуемый обнаруживал способность воспринимать подсказку, был обучаем. При исследовании с помощью кубиков Кооса выявлялась недостаточность конструктивного мышления.

Полученные при патопсихологическом исследовании данные объяснили своеобразие протекания психогенной реакции, почвой для которой послужила нерезко выраженная дебильность.

ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

К этой группе заболеваний относятся неврозы, психопатии и психические нарушения при соматической патологии. Их объединяет промежуточное положение, которое они занимают, с одной стороны, между нормой и психической патологией или, с другой стороны, между психической и соматической патологией, границы между которыми часто трудно провести. Ю. А. Александровский (1978) считает, что механизмы, определяющие границы нормального и патологического в психической деятельности, имеют большой диапазон функциональных возможностей. Именно эту подвижность границ Н. И. Фелинская (1971) рассматривает в качестве основного критерия выделения пограничных расстройств. В частности, автор говорит о подвижности переходов между нормой и патологией, между болезненными состояниями внутри самих форм «малой» психиатрии и о подвижности взаимоотношений между личностью и психогенными ситуационными обстоятельствами. С подвижностью границ связано и значительное многообразие проявлений нервно-психической патологии. П. Б. Ган-нушкин (1933) не только показал большую динамичность пограничных расстройств, но и выявил связь между значительностью диапазона психических нарушений, относимых к «малой» психиатрии,

и индивидуальными особенностями лиц, у которых они наблюдаются. Автор также установил факт уровневого формирования пограничной психической патологии.

Многообразие форм пограничной психической патологии свидетельствует о значении патопсихологической диагностики для «малой» психиатрии. В неменьшей мере участие психолога требуется и при нервно-психических пограничных нарушениях. Для успешного проведения психотерапии врач должен располагать углубленной индивидуально-личностной характеристикой больного, знать его преморбидные особенности, как происходило формирование его личности, каковы его взаимоотношения со средой, каков модус реакции больного на стрессовую ситуацию (не только в настоящее время, но и в прошлые жизненные периоды). В связи с этим С. С. Либих (1974) исключительно высоко оценивает значение для психотерапии медицинской психологии — как чисто патопсихологических исследований, так и с использованием методов социальной психологии. Последние успешно зарекомендовали себя в подборе групп больных по складывающимся между ними отношениям, в выборе наиболее подходящего для той или иной группы больных психотерапевта и т. п.

Патопсихологическая диагностика при пограничных расстройствах — это в первую очередь диагностика личности. Не следует, однако, игнорировать и роль исследования особенностей познавательной деятельности. Диагностика неврозов и психопатий всегда идет путем дифференцирования с неврозо- и психопатоподобными состояниями, возникающими в связи с процессуальными, органическими или соматическими заболеваниями. Так, астеническое состояние может быть обусловлено психогенной ситуацией, экзогенно-органическим поражением мозга вследствие черепно-мозговой травмы, астенизирующим соматическим (инфекционным) заболеванием. Внешне напоминающая астеническую симптоматика может быть существенно представлена в клинике неврозоподобной шизофрении. Наконец, астения является ведущим симптомом церебрального атеросклероза и в его начальных стадиях совершенно необходимо провести дифференциальную диагностику между невротической астенией у пожилого человека и атеросклеротической церебрастенией. То же самое относится и к психопатическим синдромам — они могут быть следствием врожденных аномально-личностных особенностей или патологического развития, а могут быть клиническим проявлением шизофрении или органического процесса. Все это требует на первом этапе обследования больного решить вопросы нозологической диагностики. Патопсихологическая диагностика здесь носит характер «негативной» или «позитивной», т. е. она способствует решению вопроса об отсутствии или наличии нарушений познавательной деятельности и личностных особенностей, характерных для психического заболевания, которое может протекать с неврозо- или психопатоподобной симптоматикой.

Б. Д. Карвассарский (1980) указывает на то, что, хотя клинический метод обследования больных неврозами включает то, что в своем развитии находит более полное выражение в основных существующих в настоящее время методических подходах к экспериментальному изучению личности, он все же не может их полностью заменить. При этом автор подчеркивает следующие основные достоинства экспериментально-психологических методов: изучение реакции личности проводится в контролируемых исследующим условиях, что позволяет при формальной классификации решений выделять воспроизводимые факты и сопоставлять данные, полученные в разных условиях и на разных обследуемых (принцип измерения) ; заключение о личности объективизируется, так как экспериментальная методика включает не только правила получения данных о личности, но и правила их интерпретации в целях надежной воспроизводимости; получаемые при таком исследовании результаты могут мало зависеть от опыта, квалификации, личностных особенностей исследующего; эксперимент позволяет наиболее полно, разносторонне характеризовать личность обследуемого.

Применения какого-либо одного экспериментального метода оказывается недостаточно для полного исследования личности. Искусство патопсихолога заключается в удачном подборе в

каждом конкретном случае методов исследования и постоянном соотнесении получаемых данных с клиникой.

Патопсихолог должен избегать фетишизации какого бы то ни было метода исследования личности. В настоящее время в этой области мы, к сожалению, не располагаем еще совершенно безупречными методами. Тем не менее любой метод, если он приемлем по этическим соображениям, может быть использован для исследования личности при условии методологически верной квалификации получаемых с его помощью данных. В связи с этим для исследования личности в пограничной психиатрии могут быть использованы методы и методики, относящиеся к разным группам, т. е. основанные на наблюдении, на анализе биографического материала, изучающие личность в деятельности, основанные на оценке и самооценке, проективные. Все они в условиях патопсихологического эксперимента дополняют друг друга.

Личностные опросники в пограничной патологии применяются широко, иногда психологи и клиницисты на их применение возлагают не оправдывающиеся надежды. Дело в том, что ни один личностный опросник сам по себе не дает результатов, значимых для нозологической диагностики. Как правило, большинство опросников позволяет исследующему определить уровень нейротизма и высказать синдромологические предположения. Это относится и к наиболее простым опросникам (Айзенка), скрининг-опросникам и к наиболее сложным (ММР1). Однако и эти данные обладают значительной диагностической ценностью. Нейротизм, по Н. J. Eysenck, свидетельствует о предиспозиции личности к пограничной патологии. Это в известной мере совпадает с концепцией Г. К. Ушакова (1978), считавшего, что клиническое качество пограничных расстройств обусловлено характерологическим радикалом, типичным для преморбида данной личности, особенно демонстративно выступающим у акцентуированных личностей. Психическая травма, по Г. К. Ушакову, лишь перенапрягает деятельность дефицитарных систем, выявляя качества клинического радикала расстройств. Зависимость определенных типов расстройств от некоторых свойств психической травмы Г. К. Ушаков объясняет не собственно качествами психотравмирующего фактора, а психологической близостью его к тому или иному характерологическому радикалу, присущему больному.

Применение личностного опросника позволяет определить тип невротического или неврозоподобного синдрома и в известной мере выраженность патологии.

Так, в ряде руководств по применению MMPI (цит. по А. Кокошкаровой, 1983) указывается, что о легких неврозах говорят, когда показатели невротической триады располагаются между 70 и 80 Т-баллами, тяжелые неврозы характеризуются превышением показателей невротических шкал уровня в 80 Т-баллов и присоединением подъема по шкале 7.

Подъем по шкале 3 с повышением показателя по шкале 1 и снижением по шкале 2 («конверсионный зубец») характерен для истерических синдромов. Пик по шкале 7 свойствен для больных с тревожно-фобическим синдромом, при этом повышен показатель и по шкале 2, однако в отличие от больных с тревожно-депрессивными состояниями у больных с фобическими синдромами подъем по шкале 7 преобладает над подъемом по шкале 2. При тревожно-фобических состояниях, в которых преобладают опасения за свое здоровье, в профиле личности обнаруживается также подъем по шкале 1.

Методика MMPI может существенно дополнить и объективизировать данные клинического наблюдения при исследовании психопатических личностей, особенно с асоциальными тенденциями. Такое исследование оказывается полезным в экспертной работе. Изолированный пик по шкале 4 расценивается как проявление психопатии с асоциальными тенденциями (рис. 31). Таким обследуемым присуще пренебрежение к общепринятым нормам поведения, моральным и этическим ценностям, игнорирование сложившихся в данной среде форм поведения. О еще большей социальной дезадаптации свидетельствует присоединение к пику на шкале 4 высокого подъема по шкале 6.

Исследование уровня притязаний при неврозах проводилось сотрудниками В. Н. Мясищева (1960). Так, при неврастении отмечена диспропорция между уровнем притязаний и внутренними ресурсами личности. У больных истерией отмечались как завышенный уровень притязаний, так и отсутствие их. Первый вариант был характерен для больных с агрессивно-стеническими компонентами личности, второй — для больных истерией расслабленного, астено-абулического типа.

О хрупкости, неустойчивости уровня притязаний у психопатических личностей писали В. И. Бежанишвили (1967), Б. В. Зейгар-ник (1971). Эта же особенность отмечена и нами (В. М. Блейхер, 1971, 1976). Психопатические личности в процессе исследования после нескольких неудач резко снижают свой уровень притязаний, и лишь после удачного решения наиболее простых заданий вновь непомерно его повышают. Объяснение этого явления предложено Б. С. Братусем (1976). Различая идеальную и реальную цели в процессе деятельности, Б. С. Братусь считает, что хрупкость уровня притязаний у психопатических личностей обусловлена не завышенной самооценкой, как это принято думать, а неумением развести во времени эти цели. Идеальная цель — та, что выходит за пределы выполнения отдельных заданий, реальная — достигаема в данных конкретных условиях. Психопатические личности, мало дифференцируя эти цели, видят в каждой ситуации как бы непосредственное испытание своего «Я». Интересные данные для оценки личности больных с пограничной психической патологией дают проективные методы.

Данные по применению при неврозах метода Роршаха достаточно противоречивы, и в этом существенную роль играют затруднения в измерении степени депрессии и тревоги, отсутствие четких границ между нормой и патологией, часто наблюдающиеся «смешанные» типы неврозов (Л. Ф. Бурлачук, 1979). Тем не менее отмечаются интересные ответы, характеризующие определенную синдромологическую форму, например высокая частота ответов с содержанием «смерти», «сна» и т. п. при конверсионной истерии, критика больным собственных ответов при обсессивном синдроме. Л. Ф. Бурлачук указывает на целесообразность изучения особенностей отдельных форм неврозов и их патогенеза в аспекте апперцептивных изменений, а не поиска «общего невротического синдрома». Только тогда, считает автор, ценность полученных результатов значительно возрастет, так как будет учтена специфика того или иного невротического проявления.

Интересные данные, характеризующие систему отношений больных неврозами, получены с помощью методики незаконченных предложений Г. С. Соколовой (1971) и И. А. Винкшной (1971). Эти данные сопоставлялись с результатами клинико-психологических исследований по оценке лечащих врачей, и был отмечен высокий процент совпадений показателей. Авторами выделены системы отношений, отличавшиеся наибольшей степенью нарушений (самооценка, жизненные цели, отношение к родным), что позволяло уточнить целенаправленность психотерапевтической работы. Данную методику использовала для формирования групп больных в целях проведения коллективной психотерапии Л. И. Завилянская (1977), распределявшая больных не по нозологической или син-дромологической принадлежности, а по отличавшимся в наиболее выраженной форме системам отношений.

Характеристику реакции больного на стресс дает рисуночная методика Розенцвейга, позволяющая судить о фрустрационной толерантности больных неврозами и неврозоподобными состояниями. Л. И. Завилянская и Г. С. Григорова (1976) с помощью этой методики провели исследование у больных с неврозоподобными состояниями. При этом было обнаружено, что этим больным присущ низкий показатель групповой конформности. Это свидетельствует о недостаточной адаптации личности больных к социальному окружению и о высокой частоте конфликтных отношений со средой. Преобладали экстрапунитивные реакции, носящие характер осуждения внешней причины фрустрации, требования к окружающим разрешения ее. Особенно велико было количество экстрапунитивных реакций при астеноневротических расстройствах.

Интрапунитивные реакции наблюдались при преобладании в клинической картине симптомов тревожной мнительности, навязчивостей, снижения чувства реальности. Эти больные брали на себя в эксперименте ответственность за исправление фрустрационной ситуации.

Импунитивные реакции преобладали у лиц психопатического склада с неврозоподобными синдромами. Фрустрирующая ситуация рассматривалась ими как малозначимая, доступная исправлению, не связанная с чьей-либо виной. Это рассматривалось как попытка обследуемых уйти от разрешения фрустрирующей ситуации. У таких больных преобладал самозащитный тип реакций, при которых главную роль играет защита своего «Я», что свидетельствует о слабости личности и согласуется с данными клинического наблюдения.

Реакции препятственно-доминантного типа были характерны для больных с обсессивно-фобической симптоматикой. У них крайне редко отмечался упорствующий тип реакции.

Данные, полученные с помощью методики Розенцвейга, дополнялись результатами анализа автобиографических данных и клинического расспроса. Использование характеристики нарушений фрустрационной толерантности у больных с невротическими синдромами позволило Л. И. Завилянской (1975) разработать психотерапевтическую методику, которая основана на приемах аутогенной тренировки и заключается в моделировании фрустрационных ситуаций по методу «последовательного приближения». Тренировка фрустрационной толерантности может быть использована и как метод психопрофилактики в пограничной психиатрии.

Патопсихологический эксперимент в соматической клинике отличается по своим задачам, хотя некоторые из них эквивалентны общим задачам в патопсихологии. Ориентировочно можно говорить о следующих основных задачах патопсихологического исследования соматически больных.

1. Выявление психической (личностной) предрасположенности к возникновению некоторых соматических, в первую очередь психосоматических заболеваний. Здесь речь может идти как о своеобразных особенностях личности, присущих данному индивиду вообще и способствующих возникновению соматической болезни, так и о временном состоянии, на фоне которого стрессовые факторы становятся патогенными, преодолевая механизмы психологической защиты. И в том, и в другом случае речь идет о выявлении факторов, приводящих к нарушениям соматопсихической и психосоматической корреляции. Клиницистам эти обстоятельства давно известны — подчеркивается роль особенностей личности в происхождении язвенной болезни, бронхиальной астмы, ишемической болезни сердца и т. д., описана роль психогений в возникновении инфаркта миокарда. Следует отметить, что нередко наблюдающиеся у соматически больных особенности личности отражают не только их пре-морбидные свойства, но включают и элементы деформации личности под влиянием болезни. Так, личностные преморбидные особенности могут способствовать возникновению ипохондрических («ключевых» — в понимании Е. **********) переживаний, под влиянием же болезни эти переживания становятся доминантными, как это мы часто видим при соматогенных ипохондрических состояниях. Дифференциация этих двух видов личностных особенностей — врожденных и приобретенных под влиянием болезни — не всегда возможна.

2. Изучение «внутренней картины болезни» (Р. А. Лурия, 1935), отражающей субъективную сторону заболевания. Под «внутренней картиной болезни» Р. А. Лурия понимал все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом к врачу. При этом во «внутренней картине болезни» автор различал сенситивный уровень, характеризующийся изменением самоощущения, и уровень интеллектуальный, определяющийся рассудочно-логическим отношением больного к своему заболеванию. И. А. Кассирский (1970) рассматривал сен-ситивную часть картины болезни как совокупность субъективных ощущений, обусловленных конкретным болезненным

процессом, тогда как интеллектуальная часть картины болезни выступает как «надстройка» над этими ощущениями, связанная со степенью восприятия этих ощущений в зависимости от психического состояния больного. 246

3. С помощью патопсихологических методов представляется возможным получить объективную картину изменения некоторых сторон психической деятельности в связи с соматической патологией.

Это может оказаться полезным при решении ряда вопросов. Так, обнаружение в эксперименте соматогенной астении позволяет исследующему следить за динамикой болезни по мере проведения лекарственной терапии. В то же время отсутствие в эксперименте данных о повышенной истощаемости при наличии полиморфных ипохондрических жалоб позволяет врачу заподозрить необходимость изменения первоначальной диагностики соматогенной патологии и предположить наличие у больного ипохондрической формы шизофрении, как это нередко бывает. Таких больных в начале заболевания часто наблюдают врачи соматического профиля (терапевты, хирурги, дерматологи и т. п.).

Улучшение некоторых показателей психологического исследования отражает изменение общего состояния больного. Например, в процессе лечения больных, страдающих хронической почечной недостаточностью, с использованием искусственной почки, об улучшении их состояния и снижения уровня азотемии свидетельствуют повышение результатов корректурной пробы и уменьшение проявлений истощаемости.

В ряде случаев соматическая патология приводит к возникновению психических расстройств, которые должны учитываться при решении вопросов трудовой экспертизы, социальной реадаптации этих больных и их профессиональной ориентации. При этом речь может идти о рекомендациях на длительное время или на какой-то определенный период, если изменения психических процессов являются временными, обратимыми. Примером последнего может служить исследование восстановления активности психических процессов после амбулаторного сомбревинового наркоза, дающее врачу критерии для решения вопроса о длительности пребывания больного после операции в лечебном учреждении и о способности его ориентироваться в условиях уличного движения (Г. Ю. Ингер-ман, 1975).

4. Психологическое исследование играет важную роль при построении реабилитационной работы с соматически больными. Реабилитация больного, перенесшего инфаркт миокарда, основанная на одних лишь медикаментозных средствах, не может быть полноценной. В комплексе реабилитационных мероприятий неизменно должны учитываться психологические факторы — пессимистическая или оптимистическая установка больного, обусловленные болезнью изменения самооценки, пересмотр им значения ряда жизненных обстоятельств, изменения всей, присущей больному, системы отношений.

Патопсихологический эксперимент в соматической клинике отличается по своим задачам, хотя некоторые из них эквивалентны общим задачам в патопсихологии. Ориентировочно можно говорить о следующих основных задачах патопсихологического исследования соматически больных.

1. Выявление психической (личностной) предрасположенности к возникновению некоторых соматических, в первую очередь психосоматических заболеваний. Здесь речь может идти как о своеобразных особенностях личности, присущих данному индивиду вообще и способствующих возникновению соматической болезни, так и о временном состоянии, на фоне которого стрессовые факторы становятся патогенными, преодолевая механизмы психологической защиты. И в том, и в другом случае речь идет о выявлении факторов, приводящих к нарушениям соматопсихической и психосоматической корреляции. Клиницистам эти обстоятельства давно известны — подчеркивается роль особенностей личности в

происхождении язвенной болезни, бронхиальной астмы, ишемической болезни сердца и т. д., описана роль психогений в возникновении инфаркта миокарда. Следует отметить, что нередко наблюдающиеся у соматически больных особенности личности отражают не только их преморбидные свойства, но включают и элементы деформации личности под влиянием болезни. Так, личностные преморбидные особенности могут способствовать возникновению ипохондрических («ключевых» — в понимании E. Kretschmer) переживаний, под влиянием же болезни эти переживания становятся доминантными, как это мы часто видим при соматогенных ипохондрических состояниях. Дифференциация этих двух видов личностных особенностей — врожденных и приобретенных под влиянием болезни — не всегда возможна.

2. Изучение «внутренней картины болезни» (Р. А. Лурия, 1935), отражающей субъективную сторону заболевания. Под «внутренней картиной болезни» Р. А. Лурия понимал все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом к врачу. При этом во «внутренней картине болезни» автор различал сенситивный уровень, характеризующийся изменением самоощущения, и уровень интеллектуальный, определяющийся рассудочно-логическим отношением больного к своему заболеванию. И. А. Кассирский (1970) рассматривал сенситивную часть картины болезни как совокупность субъективных ощущений, обусловленных конкретным болезненным процессом, тогда как интеллектуальная часть картины болезни выступает как «надстройка» над этими ощущениями, связанная со степенью восприятия этих ощущений в зависимости от психического состояния больного.

3. С помощью патопсихологических методов представляется возможным получить объективную картину изменения некоторых сторон психической деятельности в связи с соматической патологией.

Это может оказаться полезным при решении ряда вопросов. Так, обнаружение в эксперименте соматогенной астении позволяет исследующему следить за динамикой болезни по мере проведения лекарственной терапии. В то же время отсутствие в эксперименте данных о повышенной истощаемости при наличии полиморфных ипохондрических жалоб позволяет врачу заподозрить необходимость изменения первоначальной диагностики соматогенной патологии и предположить наличие у больного ипохондрической формы шизофрении, как это нередко бывает. Таких больных в начале заболевания часто наблюдают врачи соматического профиля (терапевты, хирурги, дерматологи и т. п.).

Улучшение некоторых показателей психологического исследования отражает изменение общего состояния больного. Например, в процессе лечения больных, страдающих хронической почечной недостаточностью, с использованием искусственной почки, об улучшении их состояния и снижения уровня азотемии свидетельствуют повышение результатов корректурной пробы и уменьшение проявлений истощаемости.

В ряде случаев соматическая патология приводит к возникновению психических расстройств, которые должны учитываться при решении вопросов трудовой экспертизы, социальной реадаптации этих больных и их профессиональной ориентации. При этом речь может идти о рекомендациях на длительное время или на какой-то определенный период, если изменения психических процессов являются временными, обратимыми. Примером последнего может служить исследование восстановления активности психических процессов после амбулаторного сомбревинового наркоза, дающее врачу критерии для решения вопроса о длительности пребывания больного после операции в лечебном учреждении и о способности его ориентироваться в условиях уличного движения (Г. Ю. Ингерман, 1975).

4. Психологическое исследование играет важную роль при построении реабилитационной работы с соматически больными. Реабилитация больного, перенесшего инфаркт миокарда, основанная на одних лишь медикаментозных средствах, не может быть полноценной. В

комплексе реабилитационных мероприятий неизменно должны учитываться психологические факторы — пессимистическая или оптимистическая установка больного, обусловленные болезнью изменения самооценки, пересмотр им значения ряда жизненных обстоятельств, изменения всей, присущей больному, системы отношений.

Особенно велико значение психологических исследований для проведения психотерапии соматически больных. Ряд исследователей подчеркивают роль психологического эксперимента для психотерапевтической практики (В. М. Блейхер, Л. И. Завилянская, 1966; 1970, 1976; М. С. Лебединский, 1971; С. С. Либих, 1974; О. Condas, 1976).

Критическое отношение к теоретическим концепциям современной психосоматической медицины, в основе которой лежат либо ортодоксально-фрейдистские теоретические схемы, либо модернизированные психоаналитические представления, вплоть до попыток синтезировать фрейдизм с учением И. П. Павлова, не противоречит признанию правомерности выделения психосоматических болезней. К этой группе относятся заболевания, в этиопатогенезе которых особенно велико значение психических факторов. Для советских исследователей совершенно неприемлема позиция психосоматиков, основанная на фрейдистском понимании бессознательного, при которой соматические болезни рассматриваются как проявление конверсии, регрессии, вытеснения, а симптомы их — как своеобразная символика органов. Однако, не принимая теоретических построений психосоматической медицины, советские исследователи проявляют большой интерес к разработке вопросов клиники психосоматических заболеваний и изучению характерных для них особенностей психики в личностном аспекте, так как именно личность является высшей ступенью в иерархии деятельности центральной нервной системы. В. Н. Мясищев (1971) писал о персоногенных соматических заболеваниях, причем в их происхождении он придавал большую роль особенностям личности больного и наличию длительной патогенной ситуации, нередко связанной с этими особенностями, чем острым психогениям.

В связи с вышесказанным встает вопрос о возможностях подхода к изучению личности. Ф. В. Бассин (1970) справедливо указывает, что мы не располагаем пока не только специально разработанными методами исследования психосоматических корреляций, но даже и специальным понятийным аппаратом, необходимым для проведения такого рода исследований. По мнению Ф. В. Бассина, в основе методов психологического и клинического обследования больных, страдающих психосоматическими заболеваниями, должна лежать разработка таких понятий, как «психологическая защита», «психологическая установка» в понимании школы Д. Н. Узнадзе, «сила Я». В настоящее время клинические психологи в исследовании психосоматических соотношений прибегают к традиционно используемым и тем не менее часто дискуссионным методам исследования личности.

С помощью опросника MMPI нами совместно с Е. Н. Ревенок было проведено исследование личностных свойств больных язвенной болезнью. Характерным для них оказалось повышение в различной степени показателей по шкалам «невротической триады» и по шкале 7 (тревожная мнительность). Нередко это сочеталось с относительно низкими показателями по шкале 9 (гипомания), что обычно рассматривается как проявление тенденции больного к уходу от решения жизненных и социально значимых проблем. У некоторых оольных отмечался одновременный подъем показателей по шкалам 7 и 8 с образованием своеобразного «плато», свидетельствующий в контексте описываемого профиля личности о стойком состоянии тревоги невротического характера.

Такого рода личностная характеристика обнаружена и у больных, страдающих хронической коронарной недостаточностью и перенесших инфаркт миокарда (В. П. Зайцев, 1975), а также у больных бронхиальной астмой (Г. *Я.* Брежинский Ф. *Я* Гиргензон 1972).

Нами (В. М. Блейхер, Е. Н. Ревенок, Л. И. Завилянская, С. М. Морозов, Н. А. Морозова,

1979) было предпринято сравнительное изучение личностных особенностей больных, страдающих психосоматическими заболеваниями,— как истинными психосоматозами, по M. Bleuler, так и функциональными психосоматическими расстройствами. Исследование с помощью опросника Шмишека для выявления личностной акцентуации производилось при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронической коронарной недостаточности, бронхиальной астме и интероцепторной импотенции. При всех перечисленных формах психосоматической патологии обнаружено значительное повышение среднего показателя акцентуации (СПА) по сравнению со здоровыми обследуемыми контрольной группы. Большинству больных был присущ сочетанный (четыре, пять и больше черт) тип акцентуации. Полюсное распределение акцентуированных черт личности у обследованных больных почти не наблюдалось. У здоровых испытуемых акцентуация сочетанного типа по нескольким признакам наблюдалась очень редко. СПА здоровых был ниже пограничного уровня (в опроснике Шмишека акцентуация считается заметной при показателе более 12 баллов).

Большой интерес представляет сравнение показателей по отдельным типам акцентуации. При этом можно сделать вывод о том, что для больных данными соматическими заболеваниями характерны акцентуации преимущественно черт аффективной лабильности, тревожности, циклотимности, демонстративности, повышенной реактивности. Отмечено относительное сходство определяемых особенностей личности у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хронической коронарной недостаточностью и бронхиальной астмой. Следует отметить, что кривые, отражающие средние уровни акцентуации у больных, примерно повторяют аналогичную динамику показателей у здоровых испытуемых с той разницей, что кривая контрольной группы располагается значительно ниже. Значительное сходство результатов обследования наблюдалось и при анализе частоты акцентуаций по отдельным типам.

У больных всех обследованных групп чаще всего наблюдались акцентуации по типам эмотивности и циклотимии. Частота акцентуаций характера у больных этих групп была почти одинакова.

Можно было предположить, что приведенные здесь данные, полученные при исследовании больных истинными психосоматозами, будут в значительной мере отличаться от результатов исследования больных интероцепторной импотенцией, относящейся к функциональным психосоматическим расстройствам. Однако разница по степени выраженности и характеру личностной акцентуации между этими двумя группами оказалась несущественной.

В то же время были обнаружены некоторые второстепенные особенности, присущие отдельным заболеваниям. Так, средний показатель по гипертимии при бронхиальной астме оказался ниже не только аналогичного показателя при язвенной болезни и хронической коронарной недостаточности, но и в группе здоровых. Незначительные различия в сравниваемых группах были обнаружены также по показателям застревания, эмотивности, тревожности, циклотимности, дистимии. Однако перечисленные особенности (за исключением застревания) — проявления акцентуации темперамента, а не характера, и отражают главным образом темп и глубину протекания психических процессов.

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует об отсутствии существенных различий по типу акцентуации характера при отдельных психосоматических заболеваниях. Нет оснований говорить и о якобы присущем каждому из этих заболеваний специфическом профиле личности.

Разумеется, приведенные нами данные свидетельствуют о так называемых усредненных профилях личности больных, страдающих психосоматическими заболеваниями. Внутри каждой нозологической группы отмечается достаточное разнообразие, главным образом проявляющееся в количественном различии тех или иных показателей. При этом не исключено различие личностных характеристик отдельных больных и в качественном плане, что подтверждается

анализом частоты акцентуации. Представляют интерес дальнейшая разработка групповых вариантов личностных характеристик внутри каждого психосоматического заболевания и сопоставление их с клиникой, с особенностями течения заболевания.

Но даже приведенные нами данные усредненных личностных характеристик свидетельствуют о явных личностных изменениях у больных, страдающих психосоматическими заболеваниями, и подтверждают тезис о необходимости включения в комплекс лечебных мероприятий средств, влияющих на эмоционально-психический тонус больного (седативных, транквилизаторов), и, что еще важнее, психотерапии. Последняя должна исходить из групповых и индивидуальных личностных характеристик больных.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

Патопсихологическое исследование детей и подростков применяется в следующих целях.

1. Психологические показатели, полученные экспериментально, выявляют симптомы, слабо выраженные клинически, и тем самым облегчают дифференциальную диагностику.
2. Патопсихологическое исследование помогает уточнить структуру и степень интеллектуального дефекта, имеющегося у ребенка или подростка; специфической для такого исследования является задача прогноза обучаемости ребенка и практических выводов из такого прогноза (С. Я. Рубинштейн, 1970).
3. Данные, полученные в начале лечения и на разных его этапах, помогают судить об адекватности и эффективности проводимой терапии.
4. В процессе исследования обогащаются представления о значении отдельных социальных и эмоциональных моментов в развитии заболевания.
5. Специфической для патопсихологического исследования в подростковом возрасте является диагностика типов психопатий и акцентуаций характера в случаях пограничных форм психической патологии или при психических заболеваниях, существенно не исказивших преморбидный тип (А. Е. Личко, 1979).
6. Проведение патопсихологического исследования способствует установлению лучшего контакта с больным ребенком. В процессе исследования при этом могут решаться такие задачи, как преодоление застенчивости, создание уверенности в своих силах. Таким образом, психологическое исследование выполняет психотерапевтическую функцию.

Проведение патопсихологического обследования ребенка отличается тем, что позиция экспериментатора не бывает беспристрастной, как обычно при работе со взрослыми. При исследовании следует стремиться к установлению эмоционально насыщенного контакта, созданию у ребенка заинтересованности в том, чтобы исследование продолжалось дальше, повторялось в процессе лечения.

Патопсихологическое исследование у детей младшего дошкольного возраста носит чаще всего игровой характер. Для исследования ребенку предоставляется возможность выбора одного из нескольких наборов игрушек, предназначенных для тематической игры. Протоколируется выбор игрушек, правильность их использования, организация и ход игры, наличие сюжета, вхождение в роль, фантазирование, речевое сопровождение, длительность игры, причина окончания (Н. М. Уманская, 1976).

Выделяются различные по сложности виды игровых действий: адекватные манипуляции— действия с полифункциональными предметами для исследования их физических свойств; неадекватные манипуляции — действия со специализированными игрушками без учета их функциональных свойств; предметные действия, учитывающие функциональные свойства игрушек; замещающие действия, содержащие перенос функциональных свойств одного предмета на другой; отражение действия в речи без двигательной реализации.

При использовании игрового эксперимента могут быть получены ценные данные. А. С. Спиваковская (1972) отмечает присущие детям с органическим поражением головного мозга снижение уровня игр, неспособность к разыгрыванию ролей, детальное воспроизведение отдельных действий с тенденцией к застреванию на отдельных действиях, малое количество замещающих действий, носящих предметный характер, бедность речевого сопровождения. В. А. Новодворская (1972), изучая особенности игры умственно отсталых детей, отметила свойственное им снижение количества уровней игровых действий. Раскрывая содержание понятия игрового действия, автор приводит пример усложнения действия «укол»: прикосновение одним предметом («шприцем») к больному — линейно построенное действие; набирание в «шприц» лекарства, усаживание больного на стул — двухуровневое действие; приготовление лекарства, набирание его в «шприц», произведение «укола» — трехуровневое действие. Параметр уровневого строения игровых действий может быть интерпретирован как показатель возможности планировать свои действия. В норме преобладают трехуровневые действия.

Для детей, больных шизофренией, Л. С. Спиваковская считает характерными такие особенности игры, как сосуществование элементов сюжетно-ролевой игры и неадекватных манипуляций с предметами, нестойкость сюжетов, расхождение между речевым сопровождением и действиями ребенка, нестойкость избранных замещений, расширение круга возможных заместителей.

Необходимо изучение возможности участия ребенка в коллективных играх. Во время проведения игр отмечается отношение к правилам игры, активность, способность выполнять определенную роль, целенаправленность игры, ее длительность, наличие стремления к доминированию или подчиняемость, характер эмоциональных реакций.
Для выявления характера эмоциональных реакций на проигрыш нами (И. В. Крук, 1983) была предложена настольная игра с программируемым выигрышем. Последовательность проигрышей и выигрышей ребенка задается до начала игры порядком складывания карточек в двух наборах. Применение методики позволяет определить толерантность к отрицательным эмоциям.

Инструкции к экспериментально-психологическим методикам, предлагаемым дошкольникам для исследования внимания, сенсомоторной сферы, способности и осмысливанию сюжета, даются в форме приглашения к игре в кубики (первые 6 заданий методики Кооса), игре фигурками (доски Сегена), картинками (метод комбинирования картин — складывание картинки, разрезанной на 3—4 части, установление последовательности событий, объяснение сюжетных картин).

У детей 3—6 лет целесообразно начинать исследование с тех методик, которые не требуют словесных ответов на вопросы. Складывание досок Сегена дает информацию об уровне развития наглядно-действенного мышления, о зрительно-пространственной ориентировке, моторике ребенка. При исследовании фиксируются способ выполнения задания—зрительное соотнесение деталей с формой паза или способ «проб и ошибок» (рациональных и нерациональных), Протоколируется оказываемая ребенку дозированная помощь в виде вербальных инструкций и демонстрации частичного или полного складывания фигур. Независимо от объема помощи, потребовавшейся для успешного выполнения задания, ребенок обычно испытывает удовольствие от того, что справился с ним, иногда он по собственной инициативе снова вынимает и заново вставляет вкладки, просит дать ему такое же задание.

Похвала исследующего способствует преодолению страха перед неправильным ответом и делает более информативными применяемые в дальнейшем вербальные методики. Необходимость игровой ситуации наиболее выражена при обследовании детей младшего дошкольного возраста, а также в начале работы с детьми старших возрастных групп, обнаруживающих признаки психического недоразвития различного генеза.

Для детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста ситуация

патопсихологического исследования является вариантом одной из наиболее распространенных моделей взаимоотношений ребенок — посторонний взрослый, так как в ней взрослый «экзаменует», а ребенок демонстрирует свои знания, умения и способности.

Если у ребенка в анамнезе имеются указания на трудности в усвоении программы обучения детского сада или школы, исследование необходимо начинать с доступных для него заданий, так как первая неудача может привести к возникновению привычной негативной эмоциональной реакции на свою несостоятельность и к снижению уровня деятельности в процессе дальнейшего исследования. Напротив, легкость, с которой будут выполнены первые задания, похвала исследующего помогут преодолеть сложившийся в предшествующей учебной деятельности патологический стереотип.

Приступая к патопсихологическому обследованию подростка, необходимо добиться его доверительного отношения. Ситуация исследования не должна восприниматься подростком как «проверка ума», ситуация экзамена. Подростки, страдающие неврозами, могут расценить патопсихологическое исследование как ненужное, не имеющее отношения к лечению. Чрезмерная легкость заданий позволит подростку заподозрить исследующего в пренебрежительном отношении к его способностям. Поэтому исследование должно начинаться с такого объяснения его целей, которое подростка удовлетворит. Например, можно сказать, что исследование предназначено для выявления переутомления в результате напряженной учебы. Если у обследуемого имеется стойкое негативное отношение к учебе, исследующий может выдвинуть в качестве цели исследования определение скорости реакции, сославшись на применение таких же методик при отборе лиц для определенных престижных в глазах подростка профессий (водителя, летчика). Переход к применению личностных опросников целесообразен после установления доброжелательных отношений между подростком и исследующим.

Наиболее широко в детской психиатрии применяются психологические методики для диагностики умственного развития.

Использование психометрических методик («Станфордская ревизия шкалы интеллекта Бине — Симона», шкала развития Гезелла, шкала Векслера для детей и др.) вызывает у ряда исследователей возражения.

В первую очередь речь идет о необходимости критического отношения к интеллектуальному коэффициенту, получаемому при таких исследованиях. Ставится под сомнение возможность прогностической интерпретации получаемых данных (Б. В. Зейгарник, С. *Я.* Рубинштейн, 1983).

Д. Н. Исаев (1982) подчеркивает, что большая часть стандартизованных психометрических методик показывает не столько одаренность детей, сколько их развитие, находящееся под влиянием условий воспитания и, в широком смысле, культуры, в которых они воспитываются. Многие задания психометрических шкал адресуются к школьным знаниям и выявляют их, а не природные способности.

Использование психометрических методик обязательно должно дополняться применением методик, позволяющих получить качественные характеристики отдельных психических процессов. При этом необходимо помнить о тесном взаимодействии всех психических процессов — восприятия, памяти, мышления.

Для исследования зрительного восприятия применяются картинки с изображением предметов, сюжетные картинки. При нарушениях восприятия, умственной отсталости узнавание силуэтных, контурных, незавершенных, перечеркнутых или наложенных друг на друга рисунков затруднено. Рассказ по сюжетной картинке, после того как картинка убрана, позволяет судить о наблюдательно сти.

При анализе рассказов следует учитывать 3 стадии восприятия, выделенные (цит. по М. П. Кононовой, 1963): предметную стадию, на которой описание ограничивается перечислением вещей; стадию действия, на которой указываются действия изображенных на картинке лиц;

стадию отношений, на которой отмечаются отношения между предметами и лицами — пространственные, временные, причинные. A. Binet и W. Stern считали, что предметная стадия характерна для детей 7 лет, стадия действия — для детей—7—10 лет, стадия отношений—для детей 11 — 12 лет. М. П. Кононова (1963) указывает, что стадии восприятия могут быть пройдены в более короткий срок. Рассказы, составляемые одним ребенком, могут в самых различных пропорциях сочетать черты всех стадий восприятия. Характер пересказа во многом определяется инструкцией, которая дана ребенку.

Рассказ по сюжетной картинке дает информацию о характере восприятия, речевом развитии ребенка, его словарном запасе, наличии или отсутствии аграмматизмов, а также, что очень важно, о способности к осмысливанию сюжета, об умении определить основное содержание картинки.

Для исследования внимания у школьников могут быть использованы те же методики, что и у взрослых,— корректурная проба, отыскивание чисел с помощью таблиц Шульте. У дошкольников с этой целью применяются методика Пьерона — Рузера (М. П. Кононова, 1963), вариант методики В. М. Когана в модификации Э. А. Коробковой (Т. В. Терехова, 1976).

Методика Пьерона—Рузера представляет собой вариант задания на подстановку (субституцию) знаков. Используется бланк с 10 строчками разных фигур (по 10 в строчке), которые нужно заполнить различными значками по образцу. При обработке данных учитывается то, как ребенок заполняет фигуры (старательно или небрежно), с какого времени он начинает работать по памяти, без опоры на образец, отмечается время, необходимое для заполнения 1 строки (или количество знаков, просмотренных за 1 мин), время выполнения всего задания, количество ошибок.

По данным Л. Н. Поперечной, И. А. Коробейникова, С. Я. Рубинштейн, В. Н. Зухаря (1978), обследовавших здоровых детей в период предшкольной диспансеризации, за 3 мин дети успевают заполнить в среднем от 50 до 80 фигур. По данным Т. В. Тереховой (1976), здоровые дети тратили на выполнение задания от 5,52 мин до 9,4 мин. По нашим данным, здоровые дети 6—7 лет заполняют 100 фигур за (4,7 ± 1,4) мин, допуская при этом (0,3 ± 0,04) ошибки.

Об устойчивости внимания судят не по длительности выполнения задания, а по количеству ошибок, наличию или отсутствию ускорения темпа работы к концу задания, которое свидетельствует о хорошей упражняемости, по наличию замедления темпа работы к концу задания, свидетельствующего об утомляемости, по тенденции к разнообразию деятельности, свидетельствующей о повышенной пресыщаемости.

Мы применяли методику Пьерона—Рузера для обследования детей с клинически выраженными неустойчивостью внимания, ис-тощаемостью. Однако они удовлетворительно выполняли задания, что объяснялось, по-видимому, положительным эмоциональным отношением к ситуации патопсихологического исследования. В связи с этим нами предложена модификация методики Пьерона—Рузера, заключающаяся в том, что после выполнения одного задания ребенку дают второй аналогичный бланк, но при этом предлагается подставлять те же значки в другие фигуры: если в 1-м задании в квадраты подставлялась точка, то во 2-м — в квадрат подставляется вертикальная черта, а точка подставляется в треугольник. Задание оказалось трудным для детей с инертными психическими процессами, замедлялся процесс врабатывания, что свидетельствовало о трудностях в переключении внимания. При выполнении 2-го задания появлялись глубокие вздохи, зевота, дети пытались уклониться от продолжения исследования, увеличивалось количество допускаемых ошибок.

Если ребенок доводил выполнение задания до конца, ему предлагалось заполнить 3-й бланк следующим образом: все нечетные строчки—по образцу 1-го задания, все четные—по образцу 2-го. Для умственно отсталых детей и детей с выраженной церебрасте-нией приходилось несколько раз повторять инструкцию. Задание оказалось совершенно

невыполнимым для умственно отсталых детей; у детей с церебрастенией различного происхождения и астеническими состояниями, соматогенно и психогенно обусловленными, выявлялись истощаемость, пресыщаемость: количество ошибок резко возрастало, ребенок терял интерес к тому, правильно ли он выполняет задание, заполняя фигурки наугад. У части обследуемых отмечалось включение компенсаторных механизмов: появлялась внешняя, не обращенная к собеседнику, речь, некоторые дети находили более рациональные способы действия: переходя от строки к строке, убирали из поля своего зрения ненужный в данный момент образец.

Для исследования работоспособности у дошкольников применяется вариант методики В. М. Когана, в котором используются 25 карточек с различными по цвету и форме фигурами и доска с 25 клетками, где слева по вертикали нанесены 5 цветных пятен и сверху по горизонтали нарисованы 5 форм, в соответствии с имеющимися на карточках. Работа включает 4 этапа: пересчитывание
карточек (Ti); пересчет с одновременной сортировкой по цвету (T_2) ; пересчет с сортировкой по форме (T_3); раскладка на доске с одновременным учетом цвета и формы карточек и пересчетом (Т4). Фиксируется время пересчета каждых 5 карточек на всех этапах работы и общее время выполнения каждого этапа. Вычисляется так называемый дефицит времени:

$$Д=T_4-(T_2+T_3).$$

У здоровых детей работа сопровождается интересом, ошибки носят эпизодический характер и представляют собой временную потерю счета, раскладку одноименных групп на 2-м и 3-м этапах, раскладывание карточек без одновременного совмещения признаков на 4-м этапе. Здоровые дети на всех этапах работы исправляют ошибки самостоятельно при указании на них. Дети с церебрастеническими состояниями, начиная со 2-го этапа, сбиваются со счета. У них увеличивается время выполнения задания, появляются одноименные группы; на 3-м этапе часто отмечается переход от сортировки по форме к предыдущему способу. На 4-м этапе дети нуждаются в дополнительной помощи: исследующий раскладывает карточки вместе с ребенком до тех пор, пока он не уложит самостоятельно 3 карточки правильно. После этого инструкцию можно считать усвоенной и начинать хронометрирование. По нашим наблюдениям, 4-й этап у здоровых детей и детей с церебрастеническими состояниями проходит с постепенным улучшением качества работы, так как заполнение большого числа клеток на доске создает дополнительные ориентиры, помогающие быстрее найти место для каждой карточки. Для выполнения 4-го этапа умственно отсталым детям необходима значительно большая помощь для усвоения инструкции. Они, как правило, неспособны к распределению внимания, раскладывают карточки либо по форме, либо по цвету. Некоторые из них после 3—4 правильно разложенных карточек перестают придерживаться инструкции, начинают действовать наугад.

Для исследования памяти наиболее часто применяются методика заучивания 10 слов, исследование памяти на изображение предметов путем узнавания. По данным литературы, здоровые дети при первом предъявлении воспроизводят 4—5 слов, при пятом—8—10 слов. Стабильное увеличение количества воспроизводимых слов отмечается примерно у половины здоровых детей, у остальных динамика количества воспроизводимых слов неравномерна. При большой истощаемости дети сначала могут удержать в памяти 5_6 слов, а при последующих повторениях воспроизводят все меньше слов. У некоторых детей с астеническими состояниями быстро наступает пресыщение данным видом деятельности, что выражается в нарастающем безразличии к результатам исследования. При исследовании можно применять стимуляцию— если ребенок воспроизводит слова медленно, как бы неохотно, исследующий говорит: «Еще! Постарайся вспомнить еще!». У детей с гиперкинетическим синдромом часто отмечается вплетение лишних слов.

Для исследования памяти на изображение предметов используется набор из 36 картинок; 12 из них пронумерованы на обратной стороне, они представляют собой основной набор. После

предъявления их смешивают с остальными 24, раскладывают по 6 в ряд и просят обследуемого найти те картинки, которые были показаны ему раньше. Результаты исследования позволяют судить об объеме памяти — по количеству правильно узнанных картинок и точности памяти — по числу карточек, которые исследуемый расположил именно в той последовательности, в которой он их видел в первый раз. Данные о памяти детей, полученные при исследовании этим методом, в меньшей степени зависят от истощаемости и пресыщаемости памяти ребенка. Чем меньше ребенок, тем больше количество ошибок памяти. По данным М. П. Кононовой (1963), в возрасте 14—15 лет число ошибок минимально.

Для исследования мышления детей наиболее часто используются методики классификации предметов, исключения предметов, объяснение сюжетных картин, установление последовательности событий, обучающий эксперимент.

Методика классификации применяется для исследования процессов обобщения и абстрагирования. Для обследования подростков применяется стандартный набор из 70 карточек, для обследования детей дошкольного и младшего школьного возраста Л. Н. Поперечной, И. А. Коробейниковым, С. *Я.* Рубинштейн, В. П. Зухарем (1978) отобраны из стандартного набора 15 карточек: моряк, свинья, платье, ландыш, лиса, куртка, мак, уборщица, голубь, яблоко, книги, бабочка, ребенок, дерево, кастрюля. Суть задания заключается в том, чтобы распределить все карточки на группы и каждой группе дать обобщенные названия: люди, животные, вещи, растения.

На результатах, полученных при исследовании по методике классификации, сказывается состояние внимания, работоспособности. Методика классификации позволяет выявить способность к обобщению у детей с недоразвитием речи: такие дети, даже образовывая группы правильно, испытывают затруднения при их назывании. Затруднения при назывании групп встречаются и у здоровых детей. Иногда дети отказываются называть группы, боясь допустить ошибку, что свидетельствует о повышенной тормозимости.

Методика исключения предметов в меньшей мере выявляет работоспособность и устойчивость внимания, в большей мере предъявляет требования к логической обоснованности, четкости формулировок (С. *Я.* Рубинштейн, 1970). Здоровые дети, начиная с 6 лет. понимают смысл инструкции, правильно решают первые 3 или 4 задачи. При этом у некоторых обнаруживается бедность активного словарного запаса, заключающаяся в недостаточном количестве обобщающих слов. Правильно объединяя посуду и исключая часы, ребенок объясняет свое «решение»: «Это из чего пьют, едят», объединив головные уборы и исключив сапоги: «Это что на голову одевают, а это — на ноги». В приведенных примерах решения мотивированы правильно, но не сформулировано общее понятие для обозначения объединяемых предметов.

Для умственно отсталых детей инструкция часто остается непонятной, они исключают предмет наугад, вместо мотивировки решения повторяют инструкцию: «Потому что эти предметы похожи между собой, а этот не подходит». Умственно отсталые дети 8—9 лет иногда могут правильно решить задачи средней трудности, объясняя свои действия, они исходят из практического использования предметов, ситуационной их связи. Например, объясняя, почему исключены часы, а оставлены чашка, кружка и тарелка, ребенок говорит: «Здесь завтрак. На стол ставят тарелку, чашку, кружку. А часы зачем. Упадут, разобьются, их надо на буфет поставить». О группе головных уборов: «Это все продается в одном магазине. Тут примеряют, в зеркало смотрят. А тут—сапоги. Здрасьте! Тетя продавщица ка-ак закричит!» Конкретность мышления, непонимание абстракции отражаются в попытках объединить не 3, а 2 предмета, исключив также 2, например объединяется чашка и кружка, исключается тарелка и будильник или объединяются чашка и тарелка («Они из одного набора»), объединяются сапоги и фуражка («Они для дяди военного»).

Для некоторых детей и подростков, больных шизофренией, характерно правильное

выполнение инструкции, но обобщение они производят по так называемым слабым признакам. В некоторых формулировках проявляется разноплановость суждений.

Исследование мышления в детской психиатрии часто применяется для дифференциальной диагностики умственной отсталости и пограничных форм интеллектуальной недостаточности. Важным дифференциально-диагностическим критерием является обучаемость ребенка. Для выявления «зоны ближайшего развития» (Л. С. Выготский, 1934), по которой можно судить об обучаемости ребенка, патопсихологические методики строятся по принципу «обучающего эксперимента». Избираются заведомо трудные для ребенка задания, а затем исследующий помогает решить задачу, оказывая ему помощь в виде «уроков». Помощь экспериментатора строго регламентирована, «Уроки» фиксированы инструкцией.

В последние годы широко применяется методика обучающего эксперимента. Материалом для методики служат два набора карточек (по 24 в каждом) с изображением геометрических фигур, различающихся цветом, формой и величиной. Один набор используется в основном задании, второй—в контрольном. Карточки основного набора дублируются на отдельной таблице, используемой для изучения ориентировочной деятельности. Эксперимент делится на 3 этапа: ориентировочный, основное задание и аналогичное задание.

Ориентировочный этап заключается в том, что ребенку издали показывают карточки основного набора со словами: «Эти карточки надо разложить на группы — подходящие с подходящими. Но сначала посмотри на эту доску — тут они все нарисованы — подумай, как будешь делать». Предъявляется таблица в течение 30 с, фиксируются слова и действия испытуемого. Основное задание состоит из 3 задач. Первая задача начинается с инструкции: «Разложи эти карточки: подходящие с подходящими, можешь сделать 3 или 4 группы». После инструкции в течение 30 с фиксируются действия и высказывания ребенка. Ребенок может начать правильную группировку по цвету или по форме, если же он не смог выделить признак, исследующий начинает обучение с выделения цвета. Первый урок: выбираются 2 карточки, различающиеся только одним признаком, например, большой желтый круг и большой красный круг, у ребенка спрашивают: «Чем отличаются эти карточки? Они отличаются цветом: одна желтая, другая красная» (если ребенок сам не называет различие). Затем в течение 30 с фиксируются действия и высказывания испытуемого. Если правильное раскладывание не начато, то дается второй урок. Выбирается карточка, сходная с одной из двух, лежащих на столе, по цвету, например большой желтый треугольник, и задается вопрос: «Куда мы положим эту карточку — сюда или сюда?» Если ребенок не дает верного ответа, исследующий продолжает: «Мы положим ее сюда, потому что она тоже желтая». Если через 30 с правильная группировка фигур не начата, дается третий урок. Рядом с предыдущими выкладывается еще одна карточка — зеленого цвета — со словами: «Сюда будем класть все желтые, сюда — все красные, сюда — все зеленые». Если этой помощи недостаточно, исследующий продолжает обучение с интервалами в 30 с. Четвертым, пятым и последующими уроками обозначается укладка каждой последующей карточки, выполненная с соответствующими словесными пояснениями самим исследующим. В протоколе отмечается номер урока и дальнейшие действия ребенка. По окончании раскладки фиксируется общее время, затем исследующий говорит: «Ты разложил карточки на группы, скажи мне, как ты их раскладывал, почему ты положил вместе именно эти карточки, а не другие?». Если ребенок не может ответить на этот вопрос, исследующий сам формулирует принцип группировки: «Мы разложили карточки по цвету: зеленые, красные и желтые». В протокол заносятся слова ребенка.

Вторая задача начинается с того, что исследующий перемешивает карточки и передает их ребенку со словами: «Теперь разложи их по-другому, тоже подходящие с подходящими, но уже иначе — на 4 группы». Если ребенок начинает группировать карточки по признаку, использовавшемуся в первой задаче, это фиксируется в протоколе как проявление инертности. Если правильная раскладка не начата в течение 30, исследующий начинает обучение по схеме,

ориентируя ребенка на признак формы.

Третья задача начинается с инструкции, предлагающей ребенку разложить карточки на две группы. Помощь оказывается по той же схеме, но с ориентацией на величину.

Фиксируется время выполнения второй и третьей задач и уточняется принцип раскладки в словесной форме так же, как и в первой задаче.

Количество карточек контрольного набора, применяемого для выполнения аналогичного задания, может быть сокращено до 12 (2 формы, 2 величины, 3 цвета). Инструкция к заданию дается такая: «Ты уже научился раскладывать карточки. Это — другие, но их тоже можно разложить на группы по разным признакам. Сделай это или расскажи, как будешь делать». Не следует называть признаки или оговаривать количество групп.

По данным Л. Н. Поперечной, И. А. Коробейника, С. Я. Рубинштейн, В.П.Зухаря (1978), апробировавших методику обучающего эксперимента на здоровых детях в период предшкольной диспансеризации, основная масса обнаруживает на первом этапе достаточно активную ориентировку. В большинстве случаев дети серьезно, молчаливо изучают таблицу, часть из них планирует предстоящую деятельность в активных высказываниях. Общее количество «обучающих» уроков, необходимых для выполнения всех трех задач основного задания, составило в среднем от 3 до 4. Способность к логическому переносу усвоенных навыков на новое задание у большинства здоровых детей выражена достаточно четко (полный или частичный перенос осуществляется в вербальной или наглядно-действенной форме).

Дети 6—7 лет с церебрастеническими состояниями резидуально-органического генеза, испытывающие затруднения в усвоении программы обучения детского сада, по нашим данным, нуждаются в среднем в 5—8 обучающих уроках для выполнения трех заданий. При переходе к новому признаку большинство детей обнаруживают инертность, начиная группировать карточки по признаку, использовавшемуся в предыдущей задаче. Часто дети пытаются учитывать при классификации одновременно несколько признаков, проявляя инертность и в этом своем стремлении. К концу выполнения третьей задачи у этих детей появляются ошибки, обусловленные истощаемостью внимания, достаточно легко корригируемые вмешательством исследующего. Повышенная истощаемость сказывается и на качестве переноса приобретенного опыта на выполнение аналогичного задания. Интерес, проявляемый к аналогичному заданию, менее устойчив, дети в меньшей степени заинтересованы в оценке результата своей деятельности. В большинстве случаев они способны к частичному переносу в вербальной или наглядно-действенной форме.

Для детей 6—7 лет с умственной отсталостью характерны пассивная ориентировка на первом этапе обучающего эксперимента, большее количество обучающих уроков, сниженная способность к логическому переносу навыков на новое задание.

Для детей с парциальной задержкой речевого развития задания обучающего эксперимента доступны, количество обучающих уроков невелико, но затруднены словесные формулировки в конце каждой задачи, логический перенос осуществляется в наглядно-действенной форме. У таких детей более сохранны конструктивный праксис, пространственная ориентировка, выявляемые, в частности, методикой Кооса. Детям 6—7 лет с задержкой психического развития, умственной отсталостью может быть недоступна сама задача построения фигуры по образцу. Для обследования таких детей А. Я. Иванова в обучающий эксперимент преобразовала методику Кооса. Были взяты лишь первая, третья и четвертая фигуры и разработаны виды помощи, которые исследующий оказывает ребенку, обучая его складыванию фигур. Для ориентировки в задании ребенку предлагается фигура № 1. Если он не справляется со складыванием по образцу, исследующий сам выполняет работу на глазах у ребенка. Обучение начинается с фигуры № 3.

Первый урок — исследующий переворачивает кубики нужной стороной кверху. Второй урок — исследующий складывает фигурки на глазах у больного и, разрушив сделанное, предлагает ему самому выполнить задание. Третий урок представляет собой подробное

словесное объяснение того, как нужно складывать фигуры, сопровождаемое показом. Если задание выполнено, ребенку предлагают сложить фигуру № 4 для выявления возможности переноса способа действия.

Для исследования зрительно-моторной функции применяется зрительно-моторный гешальт-тест Бендер, состоящий из 8 карт, на которых представлены 9 простых геометрических фигур, различных по своей сложности и взаимному расположению. Ребенку предлагают скопировать- эти рисунки. Качество воспроизведения фигур зависит от степени психической зрелости.

Способность к организации, интегрированию воспринимаемого и установлению связей между двигательными и зрительными структурами проверяется при помощи «теста школьной зрелости» A. Kern (1963), состоящего из 6 заданий (Grundleistungstest). Тест включает срисовывание простого предложения, написанного письменными буквами, рисование детской фигуры (после того как ребенку показывают рисунок девочки или мальчика), срисовывание группы точек.

Рисование фигуры человека по представлению дает возможность сулить о точности наблюдения, формировании понятийного мышления. Давать такие задания можно детям, начиная с 4 лет. *Я.* Йирасек (1978), оценивая школьную зрелость дошкольников, разработал пятибальную шкалу оценки рисования мужской фигуры по представлению, подражания письменным буквам и срисовывания группы точек. Он разработал письменную инструкцию для оценки рисунка фигуры.

1. Нарисованная фигура должна иметь голову, туловище и конечности. Голова с туловищем соединена посредством шеи и она не больше туловища. На голове имеются волосы (или их закрывает головной убор) и уши, на лице — глаза, нос и рот. Руки закончены кистью с пятью пальцами. Нарисованы стопы. Приведена мужская одежда. Фигура нарисована с использованием синтетического (контурного) способа.

2. Использование всех требований, как и в пункте 1, кроме синтетического способа изображения. Три недостающие части (шея, волосы, но не часть лица) могут быть выключены из требований, если это уравновешивается синтетическим способом изображения.

3. Рисунок должен иметь голову, туловище и конечности. Руки или ноги нарисованы двойной линией. Допускается отсутствие шеи, ушей, волос, одежды, пальцев, ступней.

4. Примитивный рисунок с туловищем. Конечности (достаточно одной пары) выражены простыми линиями.

5. Не хватает ясного изображения туловища («головоногое» изображение) или конечностей.

Для оценки графического изображения фигуры человека детьми других возрастных групп были предложены оценочные шкалы, исходящие в основном из нарастания количества деталей в рисунке. В повседневной практике наиболее целесообразной является не количественная, а качественная оценка рисунка. Возрастные особенности изображения человеческой фигуры кратко изложены L. Svancara и J. Svancara (1978). Впервые человеческая фигура рисуется ребенком примерно в 3,5 года. В виде круга или овала изображается лицо, ноги присоединяются непосредственно к голове (рисунок «головоногого» человека). В дальнейшем добавляются обозначения глаз, носа и рта, позднее — изображение рук, прикрепляющихся непосредственно к голове либо к ногам. После 5 лет ребенок переходит от линейного к двухконтурному изображению. Туловище бывает в виде круга, овала, треугольника или четырехугольника. Ноги ребенок рисует далеко друг от друга. Пропорции головы и туловища еще не согласованы. В 6 лет прибавляются такие детали, как уши, волосы. Первые элементы одежды сопровождаются свойствами «прозрачности» (например, через шляпу проходит контурная линия головы). Рисунок на 7-м году отличается уточнением пропорций, более правильным присоединением конечностей к туловищу. Совершенствуются изображения прически и одежды. В 8 лет

наблюдается переход от рисунка анфас к частичному или полному профилю. Затруднения в профильном рисунке вызывает присоединение рук к туловищу. В 9 лет чаще встречается попытка изобразить движение. Проявляются большие различия между рисунками мальчиков и девочек. Одежда характеризуется деталями в виде рукава, пояса, карманов. Рисунки остаются плоскостными. В 10 и 11 лет дети пытаются передать перспективу, накладывать тени. Рисунки приобретают пластичность.

Переход к синтетическому (контурному) изображению происходит между 6-м и 8-м годами: в 6 лет фигура рисуется по частям, которые затем соединяются: в 8 лет дети часто формируют при помощи одной непрерывной линии шею, плечо и руку.

Наряду с исследованием зрительно-моторной функции следует проводить оценку пространственной организации движений. Для этого применяются пробы Лурия, при которых ребенку предлагается воспроизвести определенное положение рук исследующего. Рука различно ориентируется относительно головы, или кисти рук располагаются в разных плоскостях. Применяются пробы Хеда, заключающиеся в том, что ребенок должен воспроизводить следующие движения исследователя — поочередно разными руками касаться ушей или глаз той же или противоположной стороны. Затем требуют дать словесный отчет о том, как ребенок выполнял это действие.

Для оценки моторного развития применяется шкала Н. И. Озерецкого (1926), с помощью которой определяется уровень моторной зрелости детей от 4 до 16 лет. Детям каждого возраста предлагаются 6 проб на исследование статической координации (преимущественно рук), динамической координации всего тела в целом, скорости движений, одновременности движений и отчетливости выполнения действий (отсутствие синкинезий). Широко используются в практике пробы Н. И. Озерецкого «кулак—ладонь»—движения выполняются попеременно двумя руками, «ладонь — ребро — кулак» — ребенку предлагают попеременно ударить по столу ладонью, ребром ладони и кулаком в нарастающем темпе.

Применение комплекса патопсихологических методик помогает уточнить степень и структуру интеллектуальной недостаточности, исходя из чего врач может поставить обоснованный диагноз, дать родителям адекватные рекомендации в плане обучения ребенка.

Интеллектуальная недостаточность при простом (неосложненном) психическом инфантилизме характеризуется преобладанием конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим, склонностью к подражательному виду деятельности при выполнении интеллектульных заданий, недостаточной целенаправленностью психической деятельности, слабостью логической памяти (В. В. Ковалев, 1979). Эти особенности сближают мышление детей с инфантилизмом с мышлением детей -олигофренов. Патопсихологическое исследование выявляет у детей с инфантилизмом более высокий, по сравнению с олигофренами, уровень абстрактно-логического мышления, более широкую «зону ближайшего развития».

При состояниях органического инфантилизма обнаруживаются менее выраженная способность к использованию помощи, инертность, плохая переключаемость психических процессов, нарушения внимания, памяти, работоспособности. Имеющаяся у детей с органическим инфантилизмом недостаточность функции обобщения не является ведущей в клинической картине, в отличие от детей-олигофренов.

Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности отличается неравномерностью психического недоразвития. Патопсихологическое исследование у таких детей выявляет достаточный уровень обобщений, удовлетворительное конструктивное мышление, во многих случаях — сохранную работоспособность. У детей с парциальными задержками речевого развития при этом обнаруживаются нарушения фонематического синтеза и анализа — неспособность четко дифференцировать близкие фонемы и использовать их правильно в собственной речи.

У детей с парциальными расстройствами навыков письма, чтения, счета обнаруживается

удовлетворительная способность к логическому мышлению. В некоторых случаях у них выявляются нарушения пространственной ориентировки, конструктивного праксиса.

При парциальном моторном инфантилизме ребенок может медленно овладевать школьными навыками из-за расторможенности, неусидчивости, суетливости или медлительности. Патопсихологическое исследование у таких детей выявляет сохранные или умеренно нарушенные предпосылки интеллекта, достаточный уровень обобщений, с одной стороны, и плохую координированность движений, неспособность к тонким, изолированным двигательным актам, затруднения в выполнении комбинированных движений, ослабленную способность воспринимать и воспроизводить ритмы — с другой.

Интеллектуальная недостаточность при церебрастенических состояниях характеризуется неравномерной работоспособностью, истощаемостью внимания, нерезко выраженной инертностью психических процессов. С. С. Мнухин (1968) выделил вариант церебрастении с нарушением развития школьных навыков, при котором обнаруживаются нарушения анализа и синтеза пространственных отношений, тонкой моторики. Патопсихологическое исследование выявляет у таких детей достаточную способность к обобщению.

При психоорганических синдромах в картине интеллектуальной недостаточности преобладают нарушения памяти, снижение темпа психических процессов, более грубо выраженная инертность психических процессов. И в этом случае отмечается несоответствие между ярко выраженными нарушениями предпосылок интеллекта и относительной сохранностью способности к абстрагированию, использованию помощи и переносу приобретенного опыта на выполнение аналогичных заданий.

Интеллектуальная недостаточность при общем недоразвитии речи отличается неравномерностью. Патопсихологическое исследование обнаруживает нарушения темпа, переключаемости психических процессов, расстройства активного внимания и памяти — так называемые общеорганические психопатологические проявления. Абстрактно-логический уровень мышления, связанный с внутренней речью, оказывается недостаточным. Задания по конструктивной деятельности, рисованию выполняются удовлетворительно.

Данные патопсихологического исследования помогают дифференцировать вторичную интеллектуальную недостаточность при раннем аутизме от истинной умственной отсталости. Причинами интеллектуальной недостаточности при аутизме являются недостаточная потребность в контакте с окружающими, слабость побуждений, низкая речевая активность, незрелость общей и тонкой моторики, недостаточность активного внимания, а также недостаточная сформированность корковых функций.

По данным В. Е. Кагана (1978), особенно трудными для детей с аутизмом являются задания на умение выделять последовательность событий, вычленять пространственные отношения и воспроизводить их (на кубиках Кооса). Специфичной для детского аутизма является выраженная диссоциация между низким уровнем выполнения невербальных проб и высоким уровнем выполнения вербальных проб. При исследовании по методике АВМ — WISC средний уровень выполнения вербальных проб по показателям субтестов «общая эрудиция», «понимание общественных норм жизни» и «способность оперировать числами» у детей с аутизмом ниже, а по «способности к обобщению», «активному запасу слов», «оперативной памяти»—выше, чем у здоровых детей (В. Е. Каган, 1978). В. В. Ковалев (1979) считает характерной для детского аутизма диссоциацию между способностью к обобщению и продуктивностью деятельности, между имеющимися речевыми возможностями и сниженной потребностью в речевом контакте.

Патопсихологическое исследование необходимо для обоснованной диагностики шизофрении у детей и подростков. Шизофрения детского возраста по клинической картине нередко сходна с олигофренией, детским аутизмом, неврозами, резидуально-органическими неврозоподобными и психопатоподобными нарушениями. Решающим для диагностики является

характер нарастающих негативных психопатологических явлений — замкнутости, отрыва от реальности, потери привязанности к родным. Патогномоничными для шизофрении являются особенности мышления, выявляемые при исследовании. У детей, больных шизофренией, во время обследования правильные и более углубленные ответы чередуются с поверхностными и неточными. Слабость процессов обобщения выражается в невозможности охватить целое, выделить главное (при рассказе по картинкам). При шизофрении нарушение способности к обобщению не является первичным, как при олигофрении. Низкий уровень выполнения заданий, выявляющих способности к абстрагированию, часто объясняется снижением целенаправленности деятельности. Выполняя задание, ребенок не стремится следовать инструкции, подменяет продуктивную деятельность бесплодными разговорами, задаванием бесконечных вопросов, резонерством (М. П. Кононова, 1963). У некоторых детей отмечается несоответствие между богатыми лексическими возможностями и затруднениями конкретно-наглядного мышления. Ребенку, больному шизофренией, доступны обобщения, но в силу нарушения целенаправленности мышления обобщения не привлекаются для выполнения заданий. Например, выполняя задания на исключение предмета из группы однородных, ребенок может опираться на так называемый слабый признак (формы, цвета, материала), хотя дополнительными вопросами можно установить, что в его словаре имеются соответствующие обобщающие понятия («посуда», «головной убор»). М. П. Кононова описывает амбивалентность у детей, больных шизофренией, при объяснении отвлеченных понятий, проведении предметной классификации. Наряду с правильными ответами встречаются неправильные, основанные на случайных, неадекватных ассоциациях.

С. М, Алейникова (1982) при патопсихологическом исследовании расстройств мышления у детей, больных шизофренией, обнаружила два типа дизонтогенеза — искаженный тип развития ('преобладают черты дисгармонии, диссоциации психической деятельности) и задержанный (превалирование дефицита психической активности). При использовании ряда патопсихологических методик (сравнение понятий, предметная классификация, конструирование объекта) для больных обеих групп общим является снижение избирательности признаков предметов и явлений, более низкий по сравнению со здоровыми детьми коэффициент стандартности признаков. Таким образом, при шизофрении у детей так же, как и у взрослых, отмечается расширение круга признаков, на основе которых формируется суждение, привлечение признаков необычных, нестандартных для решения заданий такого рода.

При возникновении шизофренического процесса в раннем возрасте у детей наблюдаются признаки интеллектуальной недостаточности («олигофренический плюс»). Г. Е. Сухарева (1974) объясняет это недостаточностью приспособительных механизмов в раннем детстве, повреждением молодых в онтогенетическом отношении анатомо-физиологических систем головного мозга, обеспечивающих развитие мыслительной деятельности и контролирующих направленность поведенческих реакций. В. В. Ковалев (1979) отмечает, что при рано начавшейся шизофрении у детей снижение умственной работоспособности и продуктивности не соответствует степени снижения интеллекта.

При патопсихологическом исследовании у детей, больных шизофренией, выявляются некоторые особенности речи: вычурность формулировок, в ряде случаев — штампы, эхолалия, персеверации, перенесение слышимого на себя, неологизмы. Л. А. Булахова и Н. М. Уманская (1983) указывают на отличия этих нарушений у детей, больных шизофренией, от эхолалий, неологизмов, персевераций при атипичных формах олигофрении. Так, «штампованные» высказывания у детей, больных шизофренией, не сопровождаются воспроизведением мимики и интонаций тех, от кого эти высказывания услышаны. Неологизмы представляют собой вымышленные слова, не имеющие реального значения (в отличие от неологизмов, возникших в результате снижения аналитико-синтетической деятельности у детей-олигофренов). Персеверативные реакции детей, больных шизофренией, чаще не имеют отношения к теме

разговора, окружающей обстановке.

Одна из задач патопсихологического обследования ребенка, у которого предполагается наличие шизофрении,— выявление нарушений эмоционально-волевой сферы, отсутствия эмоционального контакта, потери чувства симпатии. Для исследования эмоционально-волевой сферы детей и подростков применяются методики ТАТ и САТ (вариант детского апперцепционного теста). По данным Н. К. Киященко (1965), у больных шизофренией отсутствует направленность на содержание картины ТАТ, они ограничиваются формальной интерпретацией отдельных элементов картины.

В. Е. Каган (1968), применяя ТАТ для обследования детей, пришел к выводу о том, что тест имеет достаточно широкие возможности для составления индивидуально-личностной характеристики испытуемого, дает представления о значимости отдельных социальных, социально-бытовых и эмоциональных моментов для развития заболевания, при помощи теста может быть выявлен ряд симптомов, слабо выраженных клинически.

Мы применяли методику САТ для обследования детей дошкольного возраста, страдающих неврозами и неврозоподобными состояниями. САТ состоит из 10 рисунков неопределенного содержания, в которых участвуют животные. Ребенку дается следующая инструкция: «Я покажу тебе картинки, по каждой из них надо придумать рассказ. Расскажи, что нарисовано на картинке, что было с животными, которые здесь нарисованы, раньше, что будет с ними потом. Скажи, о чем думают животные, весело им или грустно». Рассказы по картинкам записываются дословно, фиксируется латентное время и время, затраченное на составление рассказа. Тип пересказа оценивается в зависимости от того, насколько ребенок следует инструкции. Мы (И. В. Крук, 1985) различаем «предметный» рассказ, содержащий перечисление персонажей и предметов, изображенных на рисунке: «ситуационный» рассказ с указанием на действия, совершаемые персонажами; «сюжетный» рассказ, построенный в соответствии с инструкцией и содержащий упоминание о мыслях и чувствах персонажей. Следование инструкции у части детей является формальным, сюжет отсутствует при соблюдении всех пунктов инструкции; у части детей в рассказе отсутствует «прошлое», «будущее», «мысли персонажа»; некоторым детям свойственно стремление к излишней детализации.

Для здоровых детей предшкольного возраста характерен «сюжетный» тип рассказов, составляемых по рисункам САТ. Объем рассказов, время, затрачиваемое на их составление, на протяжении всего исследования остаются относительно постоянными. Настроение персонажей оценивается как положительное в тех случаях, когда на рисунке изображена относительно бесконфликтная ситуация. Если изображенная ситуация явно фрустрационна, дети оценивают настроение персонажа адекватно, чаще описывают благополучное разрешение конфликта (импунитивный тип реакции).

Рассказы, составляемые по рисункам САТ, детьми, страдающими неврозоподобными состояниями резидуально-органического происхождения, отличаются некоторыми характерными особенностями.

1. Отсутствие однотипности рассказов вследствие недостаточно прочного усвоения инструкции.

2. Значительные различия в объеме, продолжительности и скорости рассказывания, сокращение рассказов в результате наступающего пресыщения деятельностью.

3. Обилие повторений одних и тех же слов и речевых оборотов, свидетельствующее об инертности, персеверативности мышления.

4. Наличие ошибок в узнавании животных, изображенных на рисунках; двойственное отношение к персонажам (как к реальным животным и как к персонажам сказок, действующим в соответствии с нормами человеческого поведения), свидетельствующие о недостаточности внимания и логической структуры.

5. Наличие аграмматизмов, замена слов созвучными им, изредка — элементы стертой

амнестической афазии в виде преходящего забывания отдельных слов.

6. Неполное следование инструкции, часто встречающиеся «предметный» и «ситуационный» типы рассказа при достаточно полном восприятии структуры.

Детям с двигательной расторможенностью более свойственны сткатость, «телеграфность» рассказов. Дети, проявляющие агрессию по отношению к сверстникам, часто не обнаруживают стремления к благополучному разрешению конфликтов в изображенных ситуациях, детям с астеногиподинамическими вариантами церебрастенических - состояний свойственна многословность в рассказах. Тяготясь изображенной на рисунке конфликтной ситуацией, они не пытаются разрешить ее, реже завершают рассказ оптимистической концовкой. В ряде рассказов наблюдается циклическое построение сюжета, в котором многократно повторяются устрашающие события. Не доведенные до развязки рассказы, как правило, прерываются восклицанием «И все!» Эти особенности рассказов отражают свойственные детям, страдающим неврозоподобными состояниями, легкость возникновения отрицательных эмоций, их склонность к длительному существованию.

Рассказы детей, страдающих неврозами, отличаются эмоциональностью, в ряде случаев они отражают имеющуюся психогенно-травмирующую ситуацию. Полученные нами (И. В. Крук, 1985) данные свидетельствуют о большой частоте у детей реакций импунитивного типа на фрустрирующий фактор. Дети, заболевание которых часто связано с семейным неблагополучием, при составлении рассказов по методике CAT пытаются нивелировать значение этих моментов, отрицают их, иногда демонстрируют парадоксальную гиперкомпенсацию, сочиняя явно противоречащие действительности истории о мнимой гармонии в семье. Такого рода импунитивные реакции могут рассматриваться как проявление механизма психологической защиты.

Для исследования эмоционально-волевой сферы подростков в ряде случаев применяются диагностические личностные опросники. Адаптированный для иследования детей вариант опросника Айзенка позволяет судить о степени интро- или экстравертированности подростка, уровне нейротизма у него.

Широко применяется для обследования подростков патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А. Е. Личко и Н. Я. Иванова. Использование его оказывается полезным для диагностики формы акцентуации характера или психопатии, степени их выраженности, склонности подростков к делинквентному поведению (А. А. Вдовиченко, 1976; А. А. Вдовиченко, Н. *Я.* Иванов, С. Д. Озерецковский, Э. Г. Эйдемиллер, 1981; В. В. Егоров, 1981). Разрабатываются возможности выявления с помощью ПДО динамики акцентуаций характера (А. Е. Личко, 1981), применения его для дифференцирования психопатий и акцентуаций характера одного и того же типа (А. Е. Личко, Н. *Я.* Иванов, С. Д. Озерецковский, 1981). ПДО используется и для выявления психологической склонности к злоупотреблению алкогольными напитками (А. Е. Личко, А. А. Александров, А. А. Вдовиченко и соавт., 1977; И. Ф. Обросов, В. Д, Свистунов, 1980), С помощью специально разработанных дополнительных шкал опросник позволяет определить наличие тенденции к диссимуляции, характер отношения обследуемого к ситуации исследования, степень его откровенности, конформности, наличие у него реакции эмансипации, возможность характерологических изменений резидуально-органического генеза.

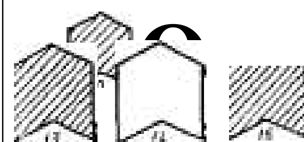
Для обследования детей 10—14 лет нами (И. В. Крук, 1975) адаптирован опросник Шмишека, служащий для определения характера акцентуации личности: с учетом круга интересов и присущей этому возрасту аффективной значимости понятий заменены те вопросы, которые не могут выявить особенности личности ребенка. Мы применяли опросник для обследования детей, страдающих логоневрозом заикания, у которых выявлялась акцентуация таких черт личности, как гипертимность, тревожность, дистимичность. Полученные данные способствовали рациональному построению психотерапевтического процесса.

Обследование детей дошкольного и младшего школьного возраста при помощи опросников нецелесообразно, так как эти дети не обладают достаточно развитой способностью к самонаблюдению и самоанализу. Для получения представления об акцентуации их личности опросник Шмишека мы модифицировали таким образом, что на его вопросы отвечают родители ребенка.

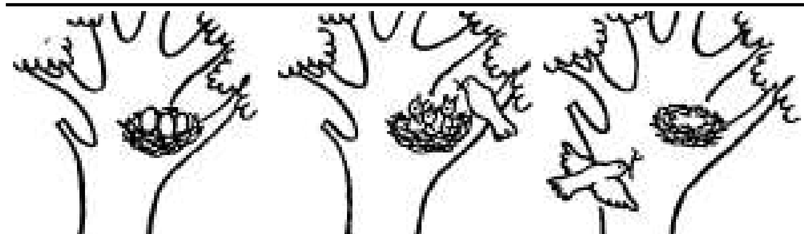
Патопсихологическое обследование детей с неврозами, неврозоподобными состояниями, патологическими формированиями личности во многих случаях целесообразно дополнять патопсихологическим исследованием родителей, так как личностные особенности родителей часто играют определенную роль в развитии заболевания у ребенка. А. И. Захаров (1982), проводивший исследование личности родителей детей, страдающих неврозами, в большинстве случаев констатировал наличие так называемого невроза семьи, подразумевая под этим невротическое заболевание, по крайней мере, у 2 членов семьи — ребенка и одного из родителей.

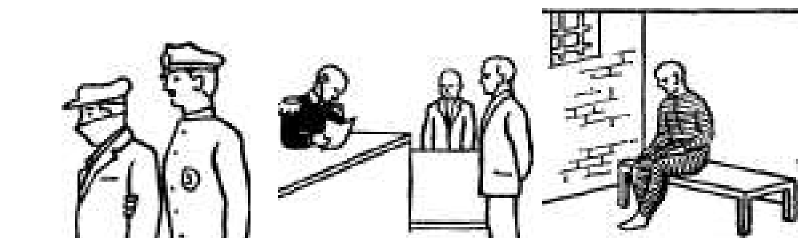
Использование патопсихологического исследования в детской психоневрологической клинике способствует получению объективной информации о состоянии психики ребенка, облегчает понимание развития у него болезненного состояния, помогает врачу найти пути для преодоления имеющихся у ребенка болезненных нарушений.

Koob.ru

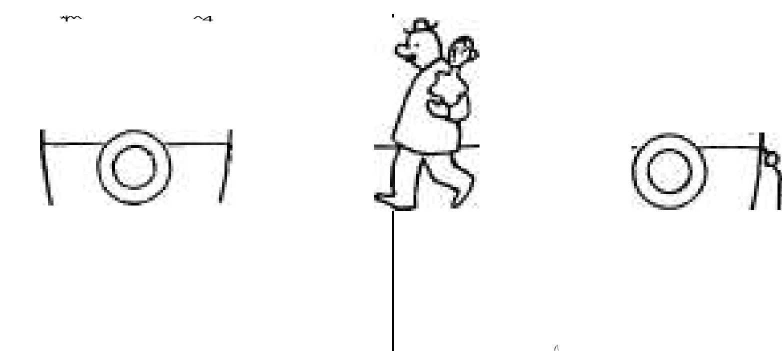


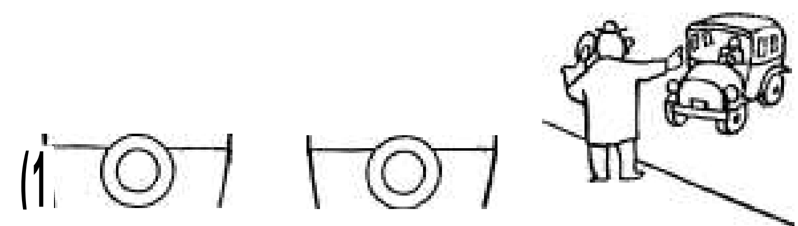
Ь НяЛоп ihiirvo для методики



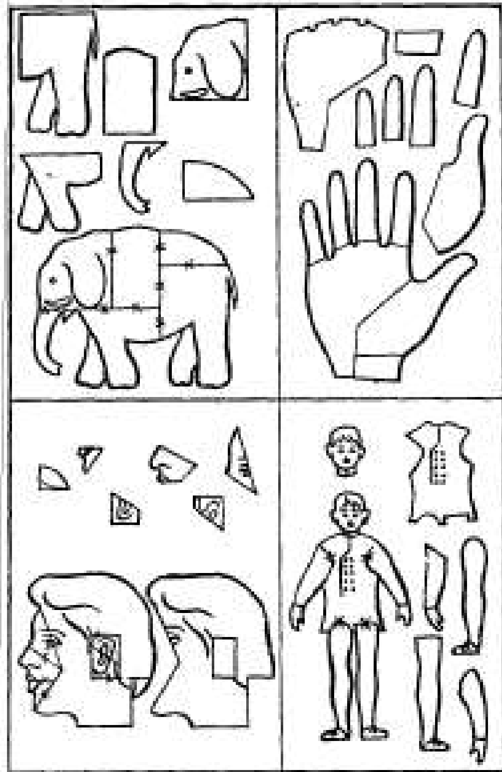








Koob.ru




ЭТО УЖАСНО! ВЫ РАЗБИЛИ ЛЮБИМУЮ ВАЗУ МОЕЙ МАТЕРИ.
ВЫ ЛЖЕЦ! ВЫ САМИ ЭТО ЗНАЕТЕ!
Я ПОНИМАЮ, ЧТО ПОДВОЖУ ТЕБЯ, НО ПРИЕХАТЬ Я НЕ СМОГУ.
КАК НАРОЧНО, ТЕПЕРЬ ТЫ ПОТЕРЯЛ КЛЮЧИ.
МНЕ ОЧЕНЬ ЖАЛЬ, НО МЫ КАК РАЗ ПРОДАЛИ ПОСЛЕДНИЙ ЭКЗЕМПЛЯР
ВОТ ВАША ГАЗЕТА, МНЕ ОЧЕНЬ ЖАЛЬ, ЧТО РЕБЕНОК ЕЕ РАЗОРВАЛ.

Koob.ru
Рисунки для исследования фрустрацио иной толерантности по Розенцвейгу